

# **Global Listening**

## **Ein Test mit vielen Facetten**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“ in Osteopathie

an der **Donau Universität Krems** –

**Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin**

niedergelegt

an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von ***Beatrix Krall***

Wien, Juni 2011

Betreut von: Dr. Barbara Schörner

# Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt weder im In- noch Ausland einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Diese Arbeit stimmt mit der von dem/der Gutachter/in beurteilten Arbeit überein.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

# DANKSAGUNG

Hiermit möchte ich mich zuallererst bei meinem Mann Dipl. Ing. Georg Krall bedanken, welcher mir von Anbeginn zur Seite stand!

Ein großes Dankeschön gilt auch meiner Betreuerin Dr. Barbara Schörner, die mich bei der Entstehung der Masterthese begleitet hat und durch ihre aufmunternden Worte immer wieder für das wissenschaftliche Arbeiten begeistert hat.

Danke an meine Freundin und Wegbegleiterin Ulli Fischer. Danke auch an alle anderen Freunde, welche mir immer wieder Mut zugesprochen haben.

Zuletzt möchte ich mich herzlich bei jenen zwölf Osteopathen bedanken, welche sich bereitwillig für die Interviews zur Verfügung gestellt haben.

Lerne still zu sein und  
deiner inneren Stimme zu  
Lauschen. Nur so kannst du  
sie auch bei anderen hören.

(Edelmann M. W.)

## **Kurzzusammenfassung**

Schlüsselwörter: Global Listening (Zielsetzung, Durchführung, Interpretation), osteopathische Befundaufnahme, Faszien, haptische Wahrnehmung

Am Beginn jeder osteopathischen Behandlung steht die osteopathische Befundaufnahme, in deren Rahmen vielfältige Testverfahren zur diagnostischen Abklärung durchgeführt werden. Der „Global Listening Test“ stellt dabei ein zentrales Befundungsinstrument aus der Gruppe der diagnostischen Listeningtests dar, dessen Komplexität in vorliegender Arbeit untersucht wird. In der Literatur finden sich mannigfaltige aber zugleich differierende Angaben im Hinblick auf die diagnostische Zielsetzung, die praktische Durchführung und der Interpretation des Global Listening und waren somit Motor für die forschungsleitende Fragestellung: Wie gestaltet sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme? Zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung wurde ein theoriegenerierendes qualitatives Verfahren gewählt. Innerhalb dessen kam das problemzentrierte leitfadengestützte Interview (PZI) zur empirischen Aufarbeitung der Fragestellung zum Einsatz. Es wurden zwölf Osteopathen aus Wien und Niederösterreich dazu befragt.

Die inhaltsanalytische Auswertung ergab, dass der Global Listening Test sehr facettenreich durchgeführt wird. Variationen in der Handhaltung des Therapeuten als auch in den Ausgangsstellungen des Patienten bzw. des Therapeuten dominieren den osteopathischen Praxisalltag. Primär wird das „Global Listening“ zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose und zur Wahrnehmung faszialer Spannungen eingesetzt. Es wird aber auch als Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen, zur Beurteilung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, der Befindlichkeit des Patienten, zur Beurteilung der Midline sowie zur Evaluation herangezogen, Zielsetzungen, welche bislang keine Erwähnung in der Literatur fanden. Neue Erkenntnisse ergaben sich auch in Bezug auf die Interpretation des „Global Listening“, da neben Dysfunktionen den parietalen, viszeralen, kraniosakralen und psychoemotionalen Bereich auch „Dysfunktionen in Flüssigkeitssystemen“ gedeutet werden sollen.

## **Abstract**

Key words: Global Listening (aim, execution, interpretation), osteopathic evaluation, fascia, haptic perception

An osteopathic treatment starts with an osteopathic evaluation of the patient during which various tests are carried out to establish a diagnosis. The “Global Listening Test” is one of the central evaluation tools among the group of diagnostic listening tests – the study of its complexity is the subject of this paper. A great number of descriptions of the diagnostic aim, the practical execution and the interpretation of the “Global Listening” can be found in the literature. The fact that these descriptions sometimes differ considerably was the main motivation of the research question in this paper: From an osteopathic point of view, what does the aim, execution and interpretation of the “Global Listening” in the course of the patient evaluation look like? The research question was studied following a theory-generating qualitative method involving problem-centered interviews (PCI) based on interview guidelines, which produced empirical data on the subject. For this purpose twelve osteopaths based in Vienna and Lower Austria were interviewed.

The analysis of the interviews’ content showed that the “Global Listening Test” is carried out in many different ways. In everyday osteopathic practice variations can be observed in the hand position of the practitioner and in the initial positions of both the patient and the practitioner. Primarily, the “Global Listening” is used to support the formulation of an osteopathic diagnosis and to perceive fascial tensions. In addition, it is also used as decision-making aid with regard to the choice of therapeutic approach, as a means to evaluate food intolerances, to assess the current physical and emotional state of the patient, to evaluate the patient’s midline and as method to re-test initial findings. Those are all objectives of the “Global Listening” which – so far – have not been mentioned in the literature. New information could also be gathered regarding the interpretation of the “Global Listening“ since it is not only used to appreciate dysfunctions in the parietal, visceral, cranio-sacral and psycho-emotional fields but also “dysfunctions in the fluid systems”.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Bedeutung von Listening Techniken in der osteopathischen Befundaufnahme .....</b>	<b>14</b>
2.1	<i>Osteopathische Befundaufnahme – Osteopathische Diagnose .....</i>	14
2.2	<i>Osteopathische Läsion versus Somatische Dysfunktion .....</i>	16
<b>3</b>	<b>Global Listening – Begriffsbestimmung und theoretische Grundlagen .....</b>	<b>20</b>
3.1	<i>Definition des Global Listenings.....</i>	20
3.2	<i>Global Listening als Diagnoseinstrument.....</i>	22
3.3	<i>Theoretische Erklärungsmodelle .....</i>	23
3.3.1	<i>Fasziensystem.....</i>	23
3.3.1.1	<i>Anatomie der Faszien .....</i>	24
3.3.1.2	<i>Funktion und Architektur der Faszien .....</i>	25
3.3.2	<i>Tensegrity - Modell .....</i>	27
3.3.3	<i>Der Tastsinn aus wahrnehmungspsychologischer Sicht.....</i>	28
<b>4</b>	<b>Testtheoretische und durchführungsspezifische Aspekte des „Global Listenings“ .....</b>	<b>32</b>
4.1	<i>Reliabilität und Validität von manuellen Diagnoseverfahren.....</i>	32
4.2	<i>Durchführung des Global Listening – Literaturstudium.....</i>	36
4.2.1	<i>„Global Listening“ in verschiedenen Ausgangsstellungen.....</i>	36
4.2.2	<i>Ausgangsstellung Patient .....</i>	38
4.2.3	<i>Ausgangsstellung und Handhaltung Therapeut .....</i>	44
4.2.3.1	<i>Stand/Sitz - Position des Therapeuten .....</i>	44
4.2.3.2	<i>Stand/Sitz - Handkontakt des Therapeuten.....</i>	45
4.2.3.3	<i>Rückenlage – Handkontakt des Therapeuten .....</i>	46
4.2.4	<i>Ergänzende Durchführungsspezifitäten .....</i>	48
4.2.4.1	<i>Spezifischer Handkontakt des Therapeuten .....</i>	48
4.2.4.2	<i>Zeitdauer für das „Global Listening“.....</i>	49
4.2.4.3	<i>Zeitpunkt der Durchführung .....</i>	51
4.2.5	<i>Faktoren für Veränderung.....</i>	51
4.3	<i>Interpretation des Global Listenings .....</i>	53
4.3.1	<i>Interpretationstheorie – Begriff Objektivität .....</i>	53
4.3.2	<i>Interpretation – Literaturlaufarbeitung .....</i>	55
4.3.2.1	<i>Dysfunktionen im parietalen Bereich .....</i>	56
4.3.2.2	<i>Dysfunktionen im viszeralen Bereich.....</i>	58
4.3.2.3	<i>Dysfunktionen im kraniosakralen Bereich.....</i>	60

4.3.2.4	Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich .....	61
4.4	Kontaktaufnahme zu den Geweben.....	64
4.5	Zusammenfassung.....	64
<b>5</b>	<b>Methode .....</b>	<b>69</b>
5.1	Begründung für qualitatives Vorgehen.....	69
5.2	Das problemzentrierte Experteninterview.....	70
5.3	Interviewleitfaden .....	73
5.3.1	Einstiegsfragen .....	74
5.3.2	Fragen zu den zentralen Themenfeldern .....	75
5.3.3	Soziodemographische Daten.....	77
5.4	Auswahl der Interviewpartner (Stichprobenauswahl) .....	77
5.5	Durchführung der Interviews.....	79
5.6	Transkription und Kategorienbildung .....	80
5.7	Gütekriterien.....	83
5.8	Zusammenfassung.....	84
<b>6</b>	<b>Ergebnisse der Untersuchung .....</b>	<b>84</b>
6.1	Begriff.....	85
6.1.1	Bezeichnung .....	85
6.1.2	Bedeutungen.....	86
6.1.2.1	Eindruck/ Überblick .....	87
6.1.2.2	Wahrnehmung.....	87
6.1.3	Zusammenfassung .....	89
6.2	Zielsetzung.....	89
6.2.1	Wahrnehmen faszialer Spannung .....	89
6.2.2	Auffinden von Läsionen / Problemzonen .....	90
6.2.3	Auffinden von Körperebenen .....	92
6.2.4	Kontaktaufnahme zu den Geweben .....	96
6.2.5	Beurteilung der Midline .....	96
6.2.6	Andere Ansätze .....	98
6.2.6.1	Ernährung und Nahrungsmittelunverträglichkeit.....	98
6.2.6.2	Befindlichkeit des Patienten .....	101
6.2.7	Formulierung einer Osteopathischen Diagnose .....	102
6.2.8	Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen .....	105
6.2.9	Evaluation .....	106
6.2.10	Zusammenfassung .....	111

6.3	<i>Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses</i> .....	118
6.3.1	Stellenwert .....	118
6.3.1.1	Regelmäßige Durchführung des „Global Listening“ .....	120
6.3.1.2	Unregelmäßige Durchführung des „Global Listening“ .....	121
6.3.2	Einfluss des „Global Listening“ auf den Befundungsprozess .....	128
6.3.2.1	Beeinflusst Befundungsprozess .....	129
6.3.2.2	Beeinflusst nur bedingt Befundungsprozess .....	130
6.3.3	Zusammenfassung .....	131
6.4	<i>Durchführung</i> .....	133
6.4.1	„Global Listening“ in verschiedenen Ausgangsstellungen .....	134
6.4.2	Ausgangsstellungen Patient .....	140
6.4.3	Ausgangsstellung und Handhaltung Therapeut .....	146
6.4.3.1	Stand/Sitz - Position des Therapeuten .....	146
6.4.3.2	Stand/Sitz - Handkontakt des Therapeuten .....	147
6.4.3.3	Rückenlage - Handkontakt des Therapeuten .....	149
6.4.4	Ergänzende Durchführungsspezifitäten .....	151
6.4.4.1	Spezifischer Handkontakt des Therapeuten .....	152
6.4.4.2	Zeitdauer für das „Global Listening“ .....	153
6.4.4.3	Zeitpunkt der Durchführung .....	155
6.4.5	Faktoren für Veränderung .....	157
6.4.6	Zusammenfassung .....	158
6.5	<i>Interpretation</i> .....	164
6.5.1	Interpretation – Aufarbeitung der Interviews .....	165
6.5.1.1	Dysfunktionen im parietalen Bereich .....	165
6.5.1.2	Dysfunktionen im viszeralen Bereich .....	166
6.5.1.3	Dysfunktionen im kraniosakralen Bereich .....	168
6.5.1.4	Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich .....	170
6.5.1.5	Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitssysteme .....	172
6.5.2	Zusammenfassung .....	174
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>178</b>
7.1	<i>Anmerkungen zur Methodologie und deren Grenzen</i> .....	179
7.2	<i>Literaturgestützte Reflexion der Ergebnisse</i> .....	185
7.2.1	Begriff „Global Listening“ .....	185
7.2.2	Zielsetzungen des Global Listening .....	187
7.2.3	Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses .....	194
7.2.4	Durchführung .....	197
7.2.5	Interpretation .....	203
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>209</b>

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>221</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>222</b>
<b>Interviewleitfaden .....</b>	<b>229</b>
<b>Global Listening – a test with many facets.....</b>	<b>236</b>
<i>Theoretical explanation models .....</i>	<i>237</i>
<i>Methodology.....</i>	<i>242</i>
<i>Presentation of results .....</i>	<i>242</i>

## 1 Einleitung

Am Beginn jeder osteopathischen Behandlung steht die osteopathische Befundaufnahme. Dazu werden neben der Anamnese, der Inspektion und Palpation, verschiedene Tests wie z.B. manuelle Mobilitätstests, Tests aus der kraniosakralen Osteopathie, Tests zur Überprüfung der Funktion der Viszera und Listeningtests durchgeführt. Zu den Listeningtests zählt das so genannte „Local Listening“ und das „Global Listening“, welche es dem Osteopathen ermöglichen sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen. Beim „Global Listening Test“ handelt es sich um eine Untersuchungstechnik, die im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme häufig Anwendung findet, wie eine Befragung unter österreichischen Osteopathen zeigt: *„All osteopaths use their patients medical data, in average for 90% of the patients. The osteopaths were asked to state the five most important parts of their first examination. [...] Structural techniques are the leading statement, which is used bei 83%. Next is the “Global Listening” used bei 70%, “Cranial Listening” 67% and “Visceral Listening” 36%”* (Krönke 2006:29). Biberschick (2010) kommt im Rahmen seiner Masterthese zu ähnlichen Aussagen bzgl. des „Global Listenings“. So werden im Rahmen der osteopathischen „Routineuntersuchung“ zu 100% aktive Funktionstests, zu 80% das „Global Listening“, zu 60% Tests zur Überprüfung des kraniosakralen Systems und der Vorlauftest angewendet (vgl. Biberschick 2010). Das „Global Listening“ kann dem Osteopathen erste Anhaltspunkte über potentielle Spannungszentren im Körper des Patienten liefern. Es handelt sich, genauso wie beim „Local Listening“, welches unter anderem dem oben erwähnten „Visceral Listening“ entspricht, um einen typischen osteopathischen Feintest. Diese „Listening Tests“ werden, genauso wie alle anderen Tests, zu diagnostischen Zwecken durchgeführt. Das „Global Listening“ wird oft auch als „General Listening“ oder als „Globaler Ecoute“ bezeichnet und *„[...] nutzt Änderungen der Körperfaszienspannung zur Lokalisationsdiagnostik“* (Hinkelthein/Zalpour 2006:13). Dabei befindet sich der Patient entweder in der Ausgangsstellung Stand, Sitz oder Rückenlage. In der Ausgangsstellung Stand und Sitz steht der Therapeut schräg hinter, direkt hinter oder seitlich neben dem Patienten und nimmt mit einer oder zwei Händen Kontakt zum Patienten auf. In der Ausgangsstellung Rückenlage werden in der Literatur verschiedene Kontaktstellen beschrieben, sei es am Kopf, an den Füßen oder anderen Körperteilen. Mit Hilfe seiner Hände kann dann der Osteopath veränderte

Faszienspannungen, welche auf Störzonen im Körper des Patienten hinweisen, aufspüren (vgl. Barral 2005). Zusätzlich wird die osteopathische Befundaufnahme durch bildgebende Verfahren und apparative Methoden ergänzt. Es handelt sich dabei um jenen medizinischen Part, der darauf abzielt, die Ursache der für diesen Patienten spezifischen Symptome, deretwegen er den Osteopathen aufgesucht hat, zu identifizieren. Auch wenn die Diagnose einer wiederkehrenden Reflexion unterliegt, dass heißt sie kann jederzeit überdacht und korrigiert werden, so ist sie doch der entscheidende Moment, der für die Formulierung der Prognose und Wahl der therapeutischen Maßnahme unerlässlich ist. Der Osteopath ist dabei auf der Suche nach den sich in Dysfunktion befindlichen Systemen / Strukturen (z.B.: Gelenke, Faszien, Organe, Nervensystem, Flüssigkeitssystem etc.), um mittels osteopathischer Behandlungsmaßnahmen diese zu korrigieren und somit „[...] dem Patienten seine Gesundheit wiederzugeben“ (Croibier 2006:48). Wenn in der Osteopathie von Dysfunktion gesprochen wird, so ist im heutigen Sprachgebrauch damit die so genannte somatische Dysfunktion gemeint. Dieser Begriff löste 1973 die bis dahin gültige Bezeichnung der osteopathischen Läsion ab und bezeichnet damit eine verminderte oder veränderte Funktion von zusammengehörigen Teilen der menschlichen Körpersysteme (vgl. Liem/Dobler 2002). Da es sich hierbei um einen für diese Masterthese relevanten Begriff handelt und die sich daraus ergebenden Entscheidungen essentiell für die Erstellung einer Diagnose sind, finden sie dazu Näheres unter Kapitel 2.2. Im Rahmen der osteopathischen Untersuchung wird, wie oben beschrieben, das „Global Listening“ zum Zwecke der Diagnosestellung angewendet. Obgleich dieser Test in seiner Reliabilität und Validität nicht hinreichend gesichert ist, eine aktuelle Reabilitätsstudie aber für die Ausgangsstellung Stand dazu eine zufällige Übereinstimmung ergab (vgl. Rittler 2010), fand dieser Test Eingang in einschlägige Fachliteratur und Ausbildungsstätten, so auch der Wiener Schule für Osteopathie. Auffallend im Unterricht war, dass sowohl die praktische Durchführung als auch die Aussagen über Zielsetzung, Interpretation des Ergebnisses von Vortragendem zu Vortragendem differierten. Bezogen auf die praktische Durchführung fanden sich einerseits große Unterschiede für die Körperposition und Handhaltungen des Therapeuten und andererseits für die Ausgangsstellungen des Patienten. Des Weiteren fanden sich sowohl differierende Angaben zur Zielsetzung des „Global Listening“ als auch zur Interpretation des Testergebnisses. Bei der Aufarbeitung einschlägiger osteopathischer Literatur zum Thema „Global Listening“ taten sich ebenso im Hinblick auf Ziel-

setzung, Durchführung und Interpretation dieses Tests eine Vielzahl an Variationen auf. Es war ein großer Grad der Differenzierung zu erkennen und es scheint so, als ob die individuell gemachten Erfahrungen des einzelnen Osteopathen sowohl für die Zielsetzung und Durchführung als auch für die Interpretation des Wahrgenommenen von Bedeutung sind. Diese große Vielfalt dürfte sich in der osteopathischen Praxis widerspiegeln. Vor dem Hintergrund, dass die Osteopathie nicht als außenstehende Alternative zur Schulmedizin gesehen werden möchte, sondern einen integrierten Platz innerhalb des Gesundheitswesens einnehmen will (vgl. Mayer-Fally 2007), ist eine kritische Beleuchtung ihrer Maßnahmen, Diagnoseinstrumente- und verfahren unerlässlich. Da es sich beim „Global Listening“ um den zweithäufigst angewendeten Test innerhalb der osteopathischen „Routineuntersuchung“ handelt, soll mit Hilfe dieser Masterthese die Komplexität dieses osteopathischen Feintests beleuchtet werden. All die genannten Faktoren waren somit Motor für die folgende forschungsleitende Fragestellung:

Wie gestaltet sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme?

Unterfragen:

In welcher Ausgangsstellung des Patienten erfolgt die Durchführung des „Global Listening“?

Mit welcher Handhaltung und Ausgangsstellung des Therapeuten erfolgt die Durchführung des „Global Listening“?

Nach welchen Kriterien erfolgt die Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ durch den Osteopathen?

Es ist das Ziel dieser Masterthese mit Hilfe eines qualitativen Ansatzes, die dem einzelnen Osteopathen zu Grund liegenden Beweggründe, die inneren Annahmen und Theorien zum „Global Listening Test“ einzufangen und dessen Bedeutung für die osteopathische Befundaufnahme aufzuzeigen. Hierzu wird ein theoriegenerierendes qualitatives Verfahren gewählt. Innerhalb dieses Verfahrens wird das problemzentrierte leitfadengestützte Interview (PZI) zur empirischen Aufarbeitung der Fragestellung verwendet. Dadurch soll es zu einer möglichst unvoreingenommenen Erfassung

individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen kommen (vgl. Witzel 2000).

Aufbauend auf die osteopathische Befundaufnahme wird innerhalb dieses Kapitels der Begriff der somatischen Dysfunktion näher erläutert. Im Anschluss daran wird an Hand der Fachliteratur auf das „Global Listening“ selbst, seine Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses und auf mögliche theoretische Erklärungsmodelle eingegangen. So werden dazu grundlegende Theorien zum anatomischen Aufbau, zur Funktionsweise des Faszien-systems z.B.: das „Tensegrity - Modell“ vorgestellt (siehe Kapitel 3.3.2), da das „Global Listening“ Änderungen der Körperfaszienspannung zu Lokalisationsdiagnostik verwendet. Des Weiteren wird auf die „Haptik – wissenschaftliche Lehre vom Tastsinn“ eingegangen, da die taktile Wahrnehmungsfähigkeit der menschlichen Hand eine entscheidende Rolle bei der Durchführung des „Global Listening“ spielt (siehe Kapitel 3.3.3). Ein eigenes Kapitel wird den durchführungsspezifischen Aspekten des „Global Listening“ gewidmet. Mit Hilfe der Literatur sollen die Durchführungsvariationen, sowie die unterschiedlichen Intentionen aufgezeigt werden. Zusätzlich finden sich noch verschiedene Begriffe für das „Global Listening“, welche ebenfalls mit Hilfe der Literatur erfasst werden sollen. Im Rahmen der Literaturlaufarbeitung werden bzgl. des Themenkomplexes Interpretation Unterschiede verschiedenster Ausprägung zu erkennen sein, welche ebenfalls Eingang in diese Masterthese finden (siehe Kapitel 4.3). Wie eingangs erwähnt, wurde das problemzentrierte Interview zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung herangezogen und zwölf Osteopathen zum Thema mit Hilfe eines Interviewleitfadens befragt. Dabei handelte es sich um Osteopathen aus Wien und Niederösterreich, welche ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolvierten und mindestens ein Jahr Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung aufwiesen. Die Interviews wurden mittels Digital Voice Recorder aufgenommen, anschließend transkribiert und mit Hilfe eines Kategoriensystems ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertung (siehe Kapitel 6) dienen gemeinsam mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche als Grundlage für die Diskussion zur forschungsleitenden Fragestellung. Es sollen in der vorliegenden Masterthese die unterschiedlichen Intentionen, mit welcher dieser osteopathische Feintest im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme durchgeführt wird, aufgezeigt werden. Des Weiteren sollen Durchführungsspezifitäten, Zielsetzungen und verschiedene Interpretationsmöglichkeiten des Testergebnisses erfasst und zur Diskussion gestellt werden. Zuletzt soll das

Ergebnis aus der Literaturlaufarbeitung und aus den Interviews vor dem Hintergrund von Reliabilität und Validität manueller Diagnoseverfahren beleuchtet werden. Die erzielten Erkenntnisse können auch Aufschluss über die Begriffsbezeichnung und den Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme geben. Des Weiteren könnten sich interessante pädagogische Ansätze für die Unterrichtsgestaltung des „Global Listening“ ergeben. Zuletzt könnte diese Masterthese eine Grundlage für zukünftige Reliabilitäts- und Validitätsstudien darstellen

## **2 Bedeutung von Listening Techniken in der osteopathischen Befundaufnahme**

Im Rahmen des theoretischen Parts dieser Masterthese geht es darum, Grundlagen zur osteopathischen Befundaufnahme und der osteopathischen Diagnose vorzustellen.

### **2.1 Osteopathische Befundaufnahme – Osteopathische Diagnose**

Das Ziel einer jeden Befundaufnahme ist es, ans Licht zu bringen was von der Norm abweicht, aufzuzeigen was nicht funktioniert, um so einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Patienten und den aus den Befunden gewonnenen Erkenntnissen herzustellen (vgl. Croibier 2006). Am Ende jeder Befundaufnahme steht die Diagnose, bezogen auf die Osteopathie, die osteopathische Diagnose. Innerhalb der Befundaufnahme werden neben der Anamnese, der Inspektion und der Palpation verschiedenste Tests durchgeführt. Dazu zählen neben dem diagnostischen Listening, manuelle Funktionstests, Tests aus der kraniosakralen Osteopathie, Tests zur Überprüfung der Funktion der Viszera, die Thermodiagnostik, Provokationstests und apparative Diagnoseverfahren (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Krönke 2006). Zu den diagnostischen Listeningstest zählen einerseits das „Global Listening“ und andererseits das „Local Listening“. Es kann davon ausgegangen werden, dass sowohl die westlich orientierte Schulmedizin als auch die Osteopathie, in Bezug auf die Diagnose derselben Vorgehensweise folgen (vgl. Croibier 2006). Zwar unterscheiden sich die diagnostischen Ansätze in Abhängigkeit von ihrer medizinischen Lehre, allerdings stellt das zentrale Element einer jeden Diagnose der Patient dar. Je nachdem aus welchem Blickwinkel der Betrachter seine Diagnose stellt, kann derselbe Patient auf

verschiedene Arten gesehen und demzufolge auf verschiedenen Arten untersucht werden (vgl. Croibier 2006). Das bedeutet, dass alle Professionen immer dieselbe klinische Realität betrachten, deren Analyse jedoch auf unterschiedliche Art und Weise erfolgt. Dahingehend sollte sich jeder bewusst sein, dass die Diagnose nur eine von vielen Sichtweisen darstellt, welche der betreffende Therapeut in Bezug auf seinen Patienten formuliert. *„Wir können nur finden, was wir auch suchen und im Allgemeinen suchen wir nur, was wir auch zu erforschen und zu erkennen fähig sind“* (Croibier 2006:4). Diese Fähigkeit des Erkennens ist eng mit dem klinischen Wissen, der Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbsteinschätzung des betreffenden Osteopathen verbunden. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Diagnose *„[...] eine für einen Fachbereich spezifische Einheit“* (Croibier 2006:4) darstellt und oft nur von einem Kollegen derselben oder einer verwandten Disziplin vollständig zu verstehen ist. Da jeder Patient sozialisationsbedingt über subjektive Gesundheitsvorstellungen und Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung verfügt, stellt die osteopathische Diagnostik und die darauf folgenden Behandlung ein individuelles Ereignis dar (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Allerdings bleibt die osteopathische Diagnose trotz allem eine Hypothese, welche am Ende eines Entscheidungsprozesses steht und erst durch die Ergebnisse der Behandlung Bestätigung findet oder durch das Gegenteil falsifiziert wird (vgl. Mayer-Fally 2007). So kann sich im Behandlungsverlauf die osteopathische Diagnose erweitern, verändern oder durch die Erkenntnis neuer Aspekte verworfen werden. Da es sich um einen Entscheidungsprozess handelt an dessen Ende die osteopathische Diagnose steht, findet sich der „Global Listening Test“ in der Literatur nicht als singulär durchzuführende Untersuchungstechnik. Vielmehr kommen mannigfaltige Testverfahren innerhalb der Befundaufnahme zum Einsatz, an deren Ende die Formulierung einer Diagnose steht. Die osteopathische Diagnose stützt sich, genauso wie die Schulmedizin, auf zwei grundlegende Elemente: *„Die Anamnese und die klinische Untersuchung“* (Croibier 2006:5). Der klinischen Untersuchung kommt innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme eine zentrale Bedeutung zu. Der osteopathischen Befundungsprozess wird mit dem Ziel durchgeführt, so genannte Störzonen, welche die Selbstheilungskräfte des Menschen negativ beeinflussen, aufzufinden. Dazu werden unter anderem die diagnostischen Listening, zu denen das „Global Listening“ zählt, eingesetzt. Für diese Störzonen wird in der Osteopathie die Bezeichnung somatische Dysfunktion gewählt, welche die alte Bezeichnung osteopathische Läsion ersetzt. Die somati-

sche Dysfunktion beeinflusst nicht nur das Skelett mit den dazugehörigen artikulären und myofaszialen Verbindungen, sondern auch die damit in Verbindung stehenden vaskulären, lymphatischen und neuronalen Strukturen (vgl. Croibier 2006). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der „Global Listening Test“ als osteopathischer Überblickstest dem Auffinden somatischer Dysfunktionen dient (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006). Bei dem Begriff somatische Dysfunktion handelt es sich um einen zentralen Begriff innerhalb der osteopathischen Diagnosestellung, auf welchen im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

## **2.2 Osteopathische Läsion versus Somatische Dysfunktion**

Innerhalb der Osteopathie wird nicht allgemein von Dysfunktion, sondern von der somatischen Dysfunktion gesprochen. Der Begriff der somatischen Dysfunktion löste 1973 die bis dahin international gültige Bezeichnung der osteopathischen Läsion, welche vom Begründer der Osteopathie Andrew Taylor Still formuliert wurde, ab (vgl. Liem/Dobler 2002, Mitchell/Mitchell 2004). So hat der Begriff der osteopathischen Läsion in der Vergangenheit immer wieder zu Verwirrung geführt, da er den Begriff „Läsion“ enthält (vgl. Croibier 2006) und *„[...] für viele Leute „Läsion“ ein Zerreißen von Gewebe bedeutete, etwas, was der Ausdruck „osteopathische Läsion“ nie zu bedeuten beabsichtigte“* (Mitchell/Mitchell 2004:45). Das Wort „Laesus“ (verletzen), welches lateinischen Ursprungs ist, bedeutet in der westlichen Medizin, wie oben erwähnt, Schädigung, Verletzung von Geweben und es wird darunter keine verminderte oder veränderte Funktion, wie dies von Still postuliert wurde, verstanden. *„Als die ursprünglich Definition einer osteopathischen Läsion von Still entwickelt wurde, war die Vorstellung einer möglichen Dysfunktion im muskulo-skelettalen System revolutionär“* (Pingitzer 2008:12). Still sprach vom Konzept der osteopathischen Läsion und diese ging *„[...] mit seiner Vorstellung von Bewegungseinschränkungen [...], am Ort der Einschränkung sowie entfernt davon auftretenden Wirkungen [einher]“* (Mitchell/Mitchell 2004:41). Allerdings wurde zur Zeit Andrew Taylor Stills unter osteopathischer Läsion eine Subluxation eines Gelenkes verstanden und es wurde angenommen, dass das Ziel einer manipulativen Behandlung darin bestünde, den Knochen wieder an die richtige Stelle, an den richtigen Ort zu bringen (vgl. Mitchell/Mitchell 2004). Unter Laborbedingungen wurde ein länger anhaltender Druck auf ein spinale Segment ausgeübt, wodurch die Entstehungsmechanismen einer osteopathischen Läsion nachgewiesen werden konnten (vgl. Mitchell/Mitchell 2004).

Die ersten Untersuchungen dazu führte Burns 1948 durch, deren Ergebnisse von Schooley 1987 an der West Virginia School of Osteopathic Medicine bestätigt wurden (vgl. Mitchell/Mitchell 2004). Bei der osteopathischen Läsion handelt es sich „[...] um kein statisches Phänomen, sondern vielmehr [um] einen Prozess [...], mit mindestens acht identifizierbaren Stadien“ (Mitchell/Mitchell 2004:45). Innerhalb dieser Stadien kommt es in einem ersten Schritt zu einer Hyperämie, mit nachfolgender Kongestion des Blutes, Ödembildung, wie dies bei einem Entzündungsprozess der Fall ist. Nach mehreren Stunden treten innerhalb der ödematösen Flüssigkeit Blutungen auf, in welchen es im Laufe einer Woche zur Ausbildung von Kanälchen kommt. Des Weiteren führt dies zu einer Veränderung der Flüssigkeitsmatrix zwischen den Zellen (vgl. Mitchell/Mitchell 2004). Wird diesen Veränderungen nicht Einhalt geboten, so setzt sich der pathologische Prozess fort. In weiterer Folge kann es zu einer Fibrosierung kommen, welche sich negativ auf die kapilläre Zirkulation auswirkt und innerhalb von Monaten zu einer Ischämie führt. Daraus ergibt sich eine veränderte Mobilität der Gewebe, wozu unter anderem die Faszien gehören. Die beschriebene Ischämie führt in Folge zu einer Atrophie der periartikulären Gewebe (vgl. Mitchell/Mitchell 2004). „Man kann annehmen, dass eine somatische Dysfunktion im [letzten] Stadium 8 irreversibel wird“ (Mitchell/Mitchell 2004:45). Es wurde auf Grund der Weiterentwicklung der Osteopathie und der Tatsache, dass es durch den Begriff Läsion zu Missverständnissen kommen könnte, eine erweiterte Definition formuliert (vgl. Liem/Dobler 2002). Obwohl sich der Begriff von osteopathischer Läsion in somatische Dysfunktion änderte, gelten weiterhin die für die osteopathische Läsion beschriebenen Entstehungsmechanismen (vgl. Mitchell/Mitchell 2004).

*„Somatic Dysfunction is impaired or altered function of related components of the somatic (body framework) system: skeletal, arthroidal, and myofascial structures, and related vascular, lymphatic, and neural elements [...]. The Educational Council on Osteopathic Principles (1998)“ (Fryer 1999:14).*

In dieser Definition wird der Einfluss der viszeralen Strukturen erwähnt, aber sie schließt die viszerale Dysfunktion nicht implizit mit ein. Dies entspricht nicht mehr dem aktuellen Verständnis der Osteopathie innerhalb Europas, da auch viszerale Strukturen eine verminderte oder veränderte Funktion aufweisen können und über nervale, lymphatische und vaskuläre Strukturen Verbindung zum Gesamtsystem

haben (vgl. Liem 1998, Liem/Dobler 2002, Pingitzer 2008). „Eine somatische Dysfunktion kann ein primäres Gebrechen sein oder sich sekundär aus psychischen, viszeralen Beschwerden, anderen somatischen Dysfunktionen oder strukturellen Anomalien des Körpers ergeben“ (Mitchell/Mitchell 2004:46). Für eine erweiterte Betrachtungsweise plädierte Fossum (2003), für welchen „[...] die Beziehung zwischen Flüssigkeiten, Faszien und Knochen für die Körperfunktion symbiotisch [ist] und die muskuloskelettalen und visceralen Systeme lediglich ein Teil des Ganzen [sind]“ (Fossum 2003:4). Der Begriff der somatischen Dysfunktion kann damit auf jedes gelenkartige Gewebe angewendet werden, wobei darunter nicht nur anatomisch definierte Gelenke zu verstehen sind sondern alle Gewebe, welche eine veränderte Beweglichkeit, eingeschränkte Fließeigenschaft, als Folge eine reduzierte Funktion aufweisen und welche durch eine manuelle osteopathische Untersuchung festgestellt werden können. So liefern innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme die diagnostischen Listenings, zu denen das „Global Listening“ zählt, einen Puzzlestein von vielen, welche alle dem Auffinden einer somatischen Dysfunktion dienen. Die so genannte somatische Dysfunktion wird an Hand spezifischer Kriterien diagnostiziert, die durch das Akronym „R.A.T.S“ beschrieben werden (vgl. Croibier 2006).

R.... Restriktion der Mobilität

A.....Asymmetrie

T.....Textur der Gewebe (Beschaffenheit der Gewebe)

S.....Sensibilität

Liegt eine somatische Dysfunktion vor, so finden sich eingeschränkte Mobilität, Asymmetrie, veränderte Beschaffenheit der Gewebe (die Veränderungen betreffen Haut, Faszien, Muskelgewebe) und eine veränderte Sensibilität, d.h. eine veränderte Empfindlichkeit der Gewebe im betroffenen Gebiet (vgl. Croibier 2006). Gleichwohl ist anzumerken, dass nicht alle somatischen Schädigungen als somatische Dysfunktion bezeichnet werden können. Hierzu gehören Frakturen, Verstauchungen, degenerative und / oder entzündliche Prozesse. Als somatische Dysfunktion werden im Regelfall solche Abweichungen von der Physiologie bezeichnet, welche sich im Wesentlichen durch Manipulationen unterschiedlichster Art positiv beeinflussen lassen (vgl. Croibier 2006, Pingitzer 2008). Bei der somatischen Dysfunktion handelt es sich um ein eigenständiges osteopathisches Konzept, welches die Osteopathie klar von anderen manualtherapeutischen Konzepten unterscheidet (vgl. Fryer 1999).

Da von den Interviewpartnern immer wieder von primärer Läsion gesprochen wird, soll im Folgenden auf diese Bezeichnung eingegangen werden. Croibier (2006) bezeichnet mit dem Begriff der primären somatischen Dysfunktion jene Dysfunktion, welche den Organismus potentiell am Stärksten aus dem Gleichgewicht bringt, wobei es sich hierbei um die älteste Dysfunktion oder um jene Dysfunktion handeln kann, welche die meisten sekundären Dysfunktionen erzeugt. Mit dem Begriff sekundäre Dysfunktion bezeichnete Croibier (2006) jene Dysfunktion, welche zu einer Adaptation und Kompensation des Organismus, als Reaktion auf eine primäre Dysfunktion, führt. Ähnlich formulieren dies Mitchell/Mitchell (2004): „Eine primäre Läsion ist also jene Läsion, die eine adaptive oder kompensatorische Veränderung im Körper hervorruft oder direkt Fehlfunktionen oder trophische Veränderungen in irgendeinem anderen Körperteil verursacht“ (Mitchell/Mitchell 2004:46). Die sekundäre somatische Dysfunktion kann laut Mitchell/Mitchell (2004) als jene Dysfunktion, welche einerseits durch viszero-somatische Reflexe seitens gereizter innerer Organe hervorgerufen wird, andererseits als kompensatorische Anpassung auf eine primäre somatische Dysfunktion, verstanden werden. Beiden Autoren gemeinsam ist die Aussage, dass es sich bei einer sekundären somatischen Dysfunktion um eine Anpassungsreaktion, eine kompensatorische Veränderung des Körpers auf eine primäre somatische Dysfunktion handelt. Für die primäre somatische Dysfunktion kann als Gemeinsamkeit beider Autoren formuliert werden, dass es sich um jene Dysfunktion handelt, welche zu einer Adaptation, einer Kompensationsreaktion des Organismus führt. Der Zeitpunkt für ihre Entstehung spielt bei Mitchell/Mitchell (2004) keine Rolle. Da der Begriff der osteopathischen Läsion durch den Begriff somatische Dysfunktion ersetzt wurde, kann die Bezeichnung primäre bzw. sekundäre osteopathische Läsion mit den heutigen Nomenklaturen der primären und sekundären somatischen Dysfunktionen gleichgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass es immer wieder zur Vermischung der Benennung von ein und demselben Phänomen durch unterschiedliche Begriffe kommt und diese nicht nur innerhalb der Osteopathengemeinschaft, sondern auch in der Kommunikation zu anderen medizinischen Berufsgruppen zu Verwirrung führen kann. Die ausführliche Beschreibung der osteopathischen Läsion, der somatischen Dysfunktion soll insofern unterstützend sein, weil einerseits auf eine gemeinsame Nomenklatur zurückgegriffen werden kann und andererseits die Entstehungs-mechanismen einer somatischen Dysfunktion (veralt. osteopathische Läsion), respektive das Aufspüren einer solchen mit Hilfe des „Global

„Listenings“ erklärt werden könnte. Hierbei kommt es wie beschrieben zu pathologischen Veränderungen, zu einer verminderten Beweglichkeit der betroffenen Gewebe (Knochen, Faszien, etc.), welche in weiterer Folge zu einer veränderten Faszienspannung führen. Barral/Croibier (2008) weisen darauf hin, dass es dem Osteopathen mit Hilfe seiner Hände möglich ist, wie dies beim „Global Listening“ der Fall ist, solche veränderten fasziale Spannungen aufzuspüren. Bei der Aufarbeitung der Interviews wird zu erkennen sein, dass als eine Zielsetzung unter vielen für das „Global Listening“, das Auffinden von somatischen Dysfunktionen, von osteopathischen Läsionen, genannt wird (siehe Kapitel 6.2.1 & 6.2.2).

### **3 Global Listening – Begriffsbestimmung und theoretische Grundlagen**

Diese Kapitel beschäftigt sich einerseits mit dem Begriff „Global Listening“ und andererseits mit dem diagnostischen Aspekt des „Global Listenings“. Im Anschluss daran werden theoretische Erklärungsmodelle aus der Faszienforschung, speziell das Tensegrity - Modell und aus der Haptikforschung vorgestellt.

#### **3.1 Definition des Global Listenings**

Der Begriff des „Listening“ wird vor allem in der englischsprachigen osteopathischen Literatur verwendet und bedeutet soviel wie „Hineinhören in den Körper“. Im französischen Sprachgebrauch wird statt des Begriffs „Listening“ jener des „Ecoute“ (franz.: Hören) verwendet (vgl. Dunshirn 2006). In der osteopathischen Literatur finden sich zu diesem Test unterschiedliche Bezeichnungen wie zum Beispiel „Global Listening“ (vgl. Liem/Dobler 2002, Ligner 2007), „General Listening“ (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Lossing 2002) oder „Allgemeiner Ecoute“ (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005), welche mitunter dann noch um die Bezeichnung „Test“ wie „Global Listening Test“ und „Ecoute Test“ erweitert werden (vgl. Croibier 2006, Dunshirn 2006, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001). Beim „Global Listening“ handelt es sich um ein so genanntes diagnostisches Listening, bei dem mit Hilfe der Hände Bewegungssignale aus dem Körper aufgefangen werden. Dabei gilt es *„[...] die Hände so aufzulegen, dass sie Informationen vom Körper bekommen. Sie spüren dann auch, in welchen Bereichen größere Fixierungen bzw. Restriktionen vorhanden sind“* (Barral 2005:5).

Andere Autoren sprechen davon, dass die Gewebe ein Gedächtnis haben und dass es bei diesem Test darum geht, mit Hilfe der Hände in den Geweben des Patienten zu lesen (vgl. Paoletti 2001, Upledger/Vredevoogd 2000). Ziel ist es die Sensibilität der Hände so zu verfeinern, dass es dem Osteopathen möglich ist, feinste Beeinträchtigungen im Bereich der Faszien erspüren zu können (vgl. Paoletti 2001). Es wird immer wieder von „Hineinhorchen“ in die Gewebe gesprochen, wobei es ausgesprochen wichtig ist, dass der Therapeut sich in einem passiven Zustand befindet, im Zustand des Zuhörens (vgl. Paoletti 2001). Des Weiteren ist die Intention des Therapeuten bei der Kontaktaufnahme mit seinen Händen um Informationen aus dem Körper des Patienten aufnehmen zu können, von Bedeutung. Croibier (2006) spricht in diesem Zusammenhang charakteristische Eigenschaften wie Wertschätzung, Empathie und Wohlwollen an, wenn er meint: *„Sie können Informationen viel besser aufnehmen, wenn Sie von guten Absichten geleitet werden, dass Sie den Geweben helfen wollen, ihnen liebevoll zuhören wollen, dann wird die Informationsaufnahme sehr viel leichter erfolgen“* (Croibier 2006:55). Paoletti (2001) fordert als weiteren Aspekt der Testdurchführung eine von Vorurteilen freie, neutrale innere Haltung des Therapeuten. *„Das Entschlüsseln der in den Geweben enthaltenen Informationen erfordert absolute Neutralität. Sie sollten daher ohne vorgefasste Meinung an die Gewebe herantreten und sich im passiven Zustand befinden, [...]“*. (Paoletti 2001:196). Der Therapeut soll *„[...] in einen Zustand der Leere gelangen[...]. Die Hinwendung zur eigenen Stille und des sich „Leermachens“ kommen dabei nicht nur uns selbst zugute, sondern auch der Interaktion mit unseren Patienten“* (Liem 1998:270).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es beim „Global Listening“ darum geht, einen ersten Eindruck vom Patienten auf Gewebeebene zu erhalten. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass der Therapeut sich in einem passiven Zustand befindet, d.h. im Zustand des „Zuhörens“. Zusätzlich wird darauf hingewiesen dass die Intention, mit welcher der Osteopath das „Global Listening“ durchführt, von Bedeutung ist. So soll der Therapeut empathisch sein und den Geweben des Patienten wohlwollend und wertschätzend begegnen (siehe Kapitel 4.4). Genauso wichtig ist eine vorurteilsfreie, neutrale innere Haltung des Therapeuten bei der Durchführung des „Global Listenings“.

### 3.2 Global Listening als Diagnoseinstrument

In der osteopathischen Literatur wird das „Global Listening“ als einer von vielen Tests innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme angeführt. Der allgemeine Listeningtest, auch „Global Listening“ oder „Ecoute“ genannt, wird zu diagnostischen Zwecken durchgeführt. *„Die Ecoute-Tests sind allgemeine diagnostische Übersichtstests“. [...] Bei guter Anwendung stellen sie ein sehr nützliches diagnostisches Hilfsmittel dar“* (Croibier 2006:212). Allgemein wird versucht mit Hilfe der „Listening Tests“ („Global Listening“ und „Local Listening“) eine diagnostische Orientierungshilfe für die Lokalisation eines Problems zu erhalten. In diesem Zusammenhang wird unter anderem vom Auffinden faszialer Spannungen gesprochen. Beim „Global Listening“ spürt der Osteopath mit Hilfe seiner Hände solch veränderte fasziale Spannungen auf, er wird gewissermaßen zu solchen Störzonen hingezogen (vgl. Barral/Croibier 2008). Bei diesen Störzonen handelt es sich um Zonen, welche sich in somatischer Dysfunktion befinden (vgl. Croibier 2006). Diese werden häufig wie eingangs erwähnt von einer veränderten faszialen Spannung begleitet. *„The fascia is tighter in an area of abnormal mechanical tension, and pulls into that location“* (Lossing 2002:1079). Daher kann das „Global Listening“ dem Auffinden solcher somatischer Dysfunktionen dienen. *„Ziel der Listening-Tests ist die Lokalisation der faszialen Irritation. Die Ursache der faszialen Irritation wird beim Listening nicht festgestellt“* (Hinkelthein/Zalpour 2006:15). Für das Auffinden veränderter faszialer Spannung von einer Kontaktstelle am Körper des Patienten aus verwenden Liem/Dobler (2002) folgenden treffenden Vergleich: *„Wenn der Bereich der größten Spannung (fokale Dysfunktion) mit dem Zentrum eines Spinnennetzes verglichen wird, orientieren sich die Fasern dieses Netzes von dort aus. Ihre Zugrichtung ist immer in Richtung dieses Zentrums“* (Liem/Dobler 2002:82). In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass ihr Ursprung, d.h. der Ursprung der Listening Tests, in der faszialen Osteopathie liegt (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Allerdings reicht der „Global Listening Test“ nicht aus *„[...] um eine Diagnose zu erstellen“* (Paoletti 2001:198). Das heißt, das „Global Listening“ liefert lediglich einen Einblick in mögliche Problemzonen des Patienten, d.h. in Zonen welche sich in somatischer Dysfunktion befinden, führt aber für sich allein stehend noch zu keiner osteopathischen Diagnose. Dazu werden die Ergebnisse aus weiteren Tests benötigt und erst in Zusammenhang mit der Anamnese soll am Ende des Befundungsprozesses eine osteopathische Diagnose formuliert werden. In einer Gesamtschau lässt

sich sagen, dass die diagnostische Zielsetzung des „Global Listening“ allgemein in der osteopathischen Literatur Zustimmung findet. Ebenso wird in der Aufarbeitung der Interviews der diagnostischen Zielsetzung des „Global Listening“, welcher unter anderem dem Auffinden veränderter Faszienanspannung dient, Rechnung getragen (siehe Kapitel 6.2.1).

### **3.3 Theoretische Erklärungsmodelle**

Wie schon im vorhergegangenen Kapitel angesprochen geht es darum veränderte Faszienanspannungen, kleinste Bewegungssignale aus dem Körper mit Hilfe des „Global Listening“ aufzuspüren. Dadurch ist es notwendig sich einerseits mit Erklärungsmodellen aus der Faszienforschung und andererseits mit dem Tastsinn der menschlichen Hand auseinanderzusetzen.

#### **3.3.1 Faszienanspannungssystem**

Der Begriff „Faszie“ (lateinisch: Band, Bündel, Verband) umfasst verschiedene Arten faserigen Bindegewebes (vgl. Schleip 2004). Um Ihre Funktion im menschlichen Körper besser verstehen zu können ist es notwendig, sich kurz mit deren anatomischen Aufbau zu beschäftigen. So ist daraus zu erkennen, dass die Faszien im Körper ein ununterbrochenes Kontinuum darstellen, welche sensibel innerviert sind und mit dem vegetativen Nervensystem in Verbindung stehen (vgl. Schleip 2004, Van den Wal 2010). Paoletti (2001) beschreibt im Rahmen des „Global Listening“, dass es dem Therapeuten mit Hilfe seines Tastsinns möglich ist, Beeinträchtigungen im Bereich der Faszien zu erspüren. So kann der Therapeut Bereiche größerer Fixierungen bzw. Restriktionen mit Hilfe des „Global Listening“ wahrnehmen (vgl. Barral 2005). Dies funktioniert aber nur dann, wenn es eine Struktur im menschlichen Körper gibt, welche alle großen Systeme des Menschen (parietales System, viszerales System, kraniosakrales System) miteinander verbindet, so wie dies von Lossing (2002) treffend beschrieben wird. *„One diagnostic technique (general listening) uses a fascial continuity model [...]. Bones, muscles, blood vessels, and viscera are seen as tissues stuffed in a three-dimensional covering, the fascia. The fascia is tighter in an area of abnormal mechanical tension, and pulls into that location”* (Lossing 2002). Im folgenden Kapitel wird zu erkennen sein, dass das Faszienanspannungssystem auf Grund seines anatomischen Aufbaus dieser Anforderung gerecht werden kann.

### 3.3.1.1 Anatomie der Faszien

Das gesamte Bindegewebe, wozu die Faszien zählen, entsteht aus embryonalem Bindegewebe, welches mesodermalen Ursprungs ist. Daher wird in der Anatomie heute nicht mehr zwischen den Begriffen Bindegewebe und Faszien unterschieden, sondern es wird der Überbegriff Mesoderm verwendet (vgl. Kwakman 2010). In der Osteopathie wird allerdings im täglichen Sprachgebrauch nicht von Mesoderm gesprochen, sondern der Begriff Faszie synonym für den Begriff Bindegewebe verwendet (vgl. Schwind 2003), was insofern zulässig erscheint, da sie trotz unterschiedlicher Aufgaben dieselbe Funktion erfüllen. Aus dem Mesoderm entstehen des Weiteren Knorpel, Knochen, Muskulatur, Blut und Gefäße des Körpers (vgl. Scheiterbauer 2010), was Fossum (2003) dazu veranlasst, diese ebenfalls zum Faszien-system zu zählen. *„Faszien bestehen hauptsächlich aus einem dichten Netz von Kollagenfasern (plus geringem Maß elastische und retikuläre Fasern), aus Fibroblasten und anderen Zellen, sowie aus einer wasserbindenden Grundsubstanz“* (Schleip 2004:10). Sie schließen die unmittelbare Umgebung jeder Zelle ein und wirken somit direkt oder indirekt auf den Zellmetabolismus. Dadurch können Druck und Spannungen, welche einerseits von außen und andererseits aus dem inneren des menschlichen Körpers entstehen können, die Zellfunktion sowohl im positiven als auch im negativen Sinn beeinflussen (vgl. Fossum 2003). Im Bindegewebe (Faszien) wird zwischen zellulären und extrazellulären Bestandteilen unterschieden. Innerhalb der zellulären Bestandteile findet eine Unterteilung in ortsständige und bewegliche Zellen statt. Hingegen werden die extrazellulären Bestandteile des Bindegewebes als Matrix bezeichnet (extrazelluläre Matrix), welche folgende Komponenten enthält: Kollagene, Fasern, elastische Fasern, Grundsubstanz, Wasser, Nicht - kollagene Proteine (vgl. Van den Berg 1999). *„Die Grundsubstanz verbindet Zellen und Fasern miteinander und bindet außerdem Wasser“* (Van den Berg 1999:3). Es findet ein ständiger Flüssigkeitsaustausch zwischen dem Bindegewebe (den Faszien) und den Gefäßen statt, sodass sich die Bindegewebematrix in einem labilen Zustand befindet. Die Faszien können außerdem von einem Sol-Zustand (flüssiger und durchlässiger) zu einem Gel-Zustand (arm an freiem Wasser und reich an Kollagen) und umgekehrt wechseln (vgl. Scheiterbauer 2010). Somit spielt das Faszien-system auch eine wesentliche Rolle beim Wasserhaushalt des Menschen. Erst dadurch können Hormone, Neurotransmitter, anorganische Ionen etc., aber auch Viren das Bindegewebe durchdringen. Dies kann evt. als Erklärungsmodell für die

unter Kapitel 6.5.1.5 beschriebene Wahrnehmung von Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitssysteme herangezogen werden. Die Fähigkeit der Faszien, von einem Zustand in den anderen zu wechseln, kann sehr rasch vollzogen werden, sodass dieses schnell auf komplexe Veränderungen reagieren kann. In diesem Zusammenhang wird auch von der Plastizität des Faszienystems gesprochen (vgl. Fossum 2003, Scheiterbauer 2010). Es handelt sich dabei um eines der größten funktionierenden Systeme des menschlichen Körpers, welches jeden Winkel des Körpers verbindet, jede Zelle reguliert, einschließlich der Gehirnzellen, Nerven, Muskeln, Weichteilgewebe, Blutgefäße, Knochen und Organe (vgl. Fossum 2003, Paoletti 2001, Van den Wal 2010). Zusammen mit dem Stützgewebe, den Knochen und dem Knorpelgewebe, welche von Fossum (2003) ebenfalls zum Faszienystem gezählt werden, stellt das Bindegewebe das Hauptgewebe des menschlichen Körpers dar und hat einen Anteil von 30% am Körpergewicht (vgl. Kwakman 2010).

### **3.3.1.2 Funktion und Architektur der Faszien**

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, ist der anatomische Aufbau der Faszien genauso vielfältig wie der Aufbau der unterschiedlichen Bindegewebszellen. *„Aus physiologischer Sicht werden die Funktionen des Bindegewebes als verbindend, stützend, schützend, abwehrend, informierend, befördernd und ernährend beschrieben“* (Kwakman 2010:14). Ähnlich beschreiben dies Paoletti (2001) und Schleip (2004), wobei die Stütz- und Verbindungsfunktionen bei den Faszien besonders ausgeprägt sind. Das Faszienystem durchzieht ähnlich wie das Nervensystem und das arterielle Versorgungssystem den gesamten Organismus. Es kann daher als Endlossystem von Verästelungen beschrieben werden, welches bis in die kleinste Einheit des menschlichen Körpers reicht. Des Weiteren ist das Bindegewebe, sind die Faszien in der embryonalen Entwicklung an der Entstehung von Körperhöhlen beteiligt und bilden das Grundgewebe der Organe. Das Bindegewebe (Faszien), wird auch als „Organ der Form“ bezeichnet, welches den einzelnen Bauelementen des Körpers eine relativ stabile dreidimensionale Grundordnung ermöglicht (vgl. Scheiterbauer 2010, Schwind 2010). Des Weiteren könnte auch zwischen Faszien die „Raum für Bewegung schaffen“ und Faszien die „feste Verbindungen“ herstellen differenziert werden. *„Es geht hierbei um die Ausbildung des Interzellulärraumes, z.B. bei der Bildung des Zöloms, der Körperhöhlen und der Gelenk – „Höhlen“, wo durch räumliche Trennung Bewegung möglich wird. [...], solche Epithelien sind mehr*

oder weniger von kontinuierlicher Bewegung abhängig. Dies kann beobachtet werden bei Faszien-schichten wie dem Peritoneum oder der Pleura, die miteinander verkleben, sobald die Bewegung der beteiligten Strukturen und Organe fehlt“ (Van den Wal 2010/1:27). Hingegen stellen Faszien, welche „feste Verbindungen“ herstellen einen Bindungsmechanismus dar. Das kann zur Ausbildung eines Bindemediums wie z.B. Membranen, Ligamente, Syndesmosen in den Schädelnähten, oder Knorpelgewebe führen (vgl. Van den Wal 2010). Das Bindegewebe, d.h. die Faszien passen sich somit ständig den funktionellen Belastungen des Alltages an. Das kann als Plastizität des Bindegewebes, d.h. des Faszien-systems verstanden werden. Die hier angeführten Faktoren können als Erklärung für die Entstehung somatischer Dysfunktionen gesehen werden, welche sich auf das Gesamtsystem der Faszien auswirken. Als weitere Aufgabe des Faszien-systems, auf welche bisher noch kaum eingegangen wurde, kann die Funktion als „Sinnesorgan“ gesehen werden. So sind die Faszien reichlich mit freien Nervenendigungen versehen, welche auf mechanische Druck- und Zugbelastungen reagieren. Sie dienen ebenso wie die Mechanorezeptoren der Muskeln, der Propriozeption und sind wesentlich für die Koordinierung der Aktivitäten des Zentralen Nervensystems (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003, Van den Wal 2010). Um eine neuere wissenschaftliche Erkenntnis handelt es sich bei dem Aspekt, dass innerhalb der Faszien kontraktile Zellen histologisch nachweisen werden konnten, welche sich wie glatte Muskelzellen verhalten und mit dem sympathischen Nervensystem in Verbindung stehen (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003). Das Vegetative Nervensystem erhält einerseits über die freien Nervenendigungen Informationen aus der Peripherie und andererseits kann es über das Vorhandensein von kontraktile Zellen innerhalb der Faszien, welche sich wie glatte Muskelzellen verhalten, selbst Einfluss auf die Spannung des Faszien-systems nehmen. Diese anatomischen Grundkenntnisse erscheinen insofern von Bedeutung, da es beim „Global Listening“ darum geht, Änderungen der Körperfaszienspannung wahrzunehmen. Da wie eben beschrieben eine Verbindung zum autonomen (vegetativen) Nervensystem besteht wäre es denkbar, mit Hilfe des „Global Listening“ Aussagen über den Zustand dieses treffen zu können (siehe Kapitel 6.5.1.3). Wenn dieser Gedankengang weiter verfolgt wird, dann sollte es möglich sein, so wie dies vereinzelt in der osteopathischen Literatur und von einigen Interviewpartnern beschrieben wird, mit Hilfe des „Global Listening“ Auskunft über das psychische Befinden des Patienten zu erhalten (siehe Kapitel 6.5.1.4). Fossum

(2003) spricht in diesem Zusammenhang von „[...] einem konstanten Austausch zwischen dem Verstand („mind“) und der Faszie über das Gehirn“ (Fossum 2003:6). So kann es laut Fossum (2003) sein, dass es innerhalb einer osteopathischen Behandlung zu einer tiefgehenden Entspannung kommt, bei der die psychische Antwort im Vordergrund steht.

### 3.3.2 Tensegrity - Modell

Im Besonderen soll auf den netzwerkartigen Aufbau des Faszienystems eingegangen werden. So wird das Faszienetz zunehmend als architektonische „Tensegrity“ Struktur gesehen, welche durch ein viel verzweigtes kontinuierliches Netzwerk an Spannungsverbindungen gekennzeichnet ist (siehe Abb. 1). Dieses beeinflusst in wesentlichem Ausmaß die Form und das Belastungsverhalten des menschlichen Körpers (vgl. Schleip 2004). *„Im Grund wird bei Berührung des menschlichen Körpers das kontinuierliche System aus Querverspannungen berührt, in das praktisch alle Moleküle im Körper eingebunden und zu einem komplexen, unlösbaren Netzwerk verbunden sind“* (Oschman 2009:35). Dieses Modell, bestehend einerseits aus festen und andererseits aus elastischen Elementen, stellt ein dreidimensionales „Raumpuzzle“ dar. Wirkt auf dieses Modell von außen eine Kraft ein, so reagiert es in seiner Gesamtheit und es kommt zu einer Kräfteverteilung innerhalb dieses Systems. Dieses aus der Architektur stammende Modell wurde schon vor 20 Jahren von Ida Rolfs auf den menschlichen Organismus übertragen.

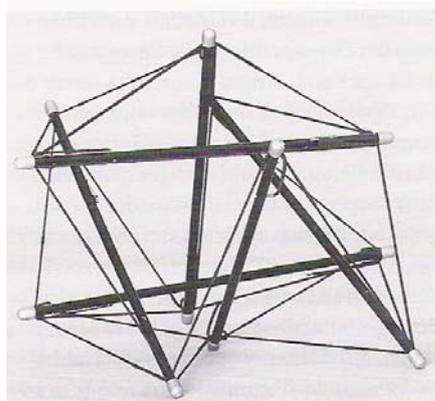


Abb. 1: Tensegrity - Modell aus festen und elastischen Elementen (Schwind 2003:7)

Bei der Betrachtung des Körperbaus des Menschen lassen sich Berührungspunkte mit dem „Tensegrity - Modell erkennen und es verwundert nicht, dass dieses Modell unter anderem in der Osteopathie immer mehr Resonanz findet. *„Der menschliche Organismus erscheint als eine dynamische Struktur von festen Teilen, den Knochen und elastischen Teilen, den myofaszialen Schichten und Membranen, die zwischen den Knochen eingebaut sind“* (Schwind 2003:8). Allerdings handelt es sich bei dem in der Architektur vorkommenden „Tensegrity - Modell“, im Vergleich zum menschlichen Organismus, um ein sehr einfaches Modell. Bei genauerer Betrachtung des Faszien-systems kann eine Vielzahl von elastischen und beweglichen Elementen unterschieden werden, welche bis hin zur extrazellulären Matrix reichen (siehe Kapitel 3.3.1.1). Zusätzlich besitzt der menschliche Körper mit Flüssigkeit ausgestattete Gleitflächen und teilweise abgeschlossene hydrostatische Kammern (z.B. große Körperhöhlen). Diese Betrachtungsweise hat einerseits Auswirkungen auf die osteopathische Befundaufnahme, andererseits auf die therapeutische Intervention. Es erscheint nachvollziehbar, dass Beschwerden welche an einem Ort im Körper vom Patienten wahrgenommen werden, ihren kausalen Ursprung an einem ganz anderen Ort nehmen, da die auf den menschlichen Körper einwirkenden Kräfte dreidimensional auf diesen verteilt werden. Daher macht es innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme Sinn, sich eines Diagnoseinstrumentes zu bedienen, welches durch manuelle Berührung Kontakt mit der Gesamtheit des Faszien-systems aufnimmt. Mit Hilfe des „Global Listening“ kann diesem Anspruch Rechnung getragen werden, da es mit dem Ziel angewendet wird, einen ersten Eindruck über vorhandene Spannungszentren im Körper des Patienten zu erhalten (vgl. Liem/Dobler 2002). So wie die Faszien jede krankhafte Veränderung im menschlichen Körper widerspiegeln, so kann der Umkehrschluss gezogen werden, dass sie den Gesundheitszustand eines Menschen wieder spiegeln (vgl. Fossum 2003). Dieser Grundgedanke wurde vom Begründer der Osteopathie A.T. Still schon vor mehr als 100 Jahren formuliert und die Bedeutung der Faszien für das Auffinden von Krankheit stand für Still außer Zweifel.

### **3.3.3 Der Tastsinn aus wahrnehmungspsychologischer Sicht**

*„The sensibility of the individual to the world adjacent to his body by the use of his body will here be called the haptic system. The word haptics comes from a Greek term meaning “able to lay hold of“. It operates when a man or animal feels things with*

*his body or its extremities*" (Gibson 1982:97). Dadurch ist es dem Individuum möglich, nicht nur Informationen über seine Umgebung, sondern auch über seinen Körper zu erlangen (vgl. Gibson 1982). Grunwald/Beyer (2001) beschreiben den Tastsinn, die haptische Wahrnehmung in der Art, dass sie „[...] uns zum einen die Wirkung mechanischer Reize auf unsere Körperoberfläche und andererseits Informationen über die Beschaffenheit beim untersuchenden Abtasten mit der Hand [vermitteln]“ (Grunwald/Beyer 2001:25). Heller/Ballesteros (2006) beschreiben dies in ähnlicher Art und Weise in dem Sie davon sprechen, dass die haptische Wahrnehmung einerseits vom Tastsinn (z.B. einer aktiver Handbewegung) und andererseits von der räumlichen Wahrnehmung abhängen. Der Tastsinn zählt zum somatosensorischen System und ist für die Tastempfindung (Druck-, Berührungs- und Vibrationsreize) sowie für Wärme-, Kälte- (Temperaturwahrnehmung) und Schmerzeindrücke zuständig (vgl. Guttman 1982). Im Rahmen der Tastempfindung wird zwischen Oberflächen- und Tiefensensibilität (Propriozeption) unterschieden, wofür eine Vielzahl von unterschiedlichen Rezeptoren und freien Nervenendigungen zur Verfügung stehen (vgl. Grunwald/Beyer 2001, Silbernagel/Despopoulos 2007, Schmidt 1998). Während der Temperaturwahrnehmung und der Schmerzempfindung beim „Global Listening“ kaum Bedeutung zukommt, stellen die Oberflächen- und Tiefensensibilität, welche Bestandteil der haptischen Wahrnehmung sind, eine wesentliche Grundlage für das Aufspüren von Spannungszentren mittels der Hände dar. Es handelt sich hierbei um das sowohl für den Menschen als auch für die Tierwelt wichtigste Sinnesystem (vgl. Grunwald 2009). Es wird im Wesentlichen zwischen haptischer und taktiler Wahrnehmung unterschieden und daher soll an dieser Stelle auf beide Begriffe eingegangen werden. Bei der taktilen Wahrnehmung handelt es sich um einen Wahrnehmungsinhalt, welcher nach einer Stimulation des Körpers erfolgt (vgl. Grunwald 2009, Grunwald/Beyer 2001). Dabei darf das wahrnehmende Subjekt keine aktiven Bewegungen in Relation zum Objekt ausführen, d.h. das Subjekt ist in Relation zur Stimulation passiv. Hingegen hat die Versuchsperson, d.h. das Subjekt, bei der haptischen Wahrnehmung die Möglichkeit die Reizstruktur, d.h. den Stimulus, durch aktive Bewegung zu erkunden (vgl. Gibson 1982, Grunwald 2009, Grunwald/Beyer 2001, Schmidt 1998). Im menschlichen Alltag macht es jedoch keinen Sinn zwischen beiden Wahrnehmungsqualitäten zu unterscheiden, da die am Tastsinn beteiligten sensorischen und motorischen Prozesse zwei voneinander abhängige Prozesse darstellen. Wie ist die Aussage, dass es sich beim Tastsinn um

den wichtigsten Sinn des Menschen handelt zu rechtfertigen? Es konnten bei einem Fötus schon in den ersten Wochen erste Sensitivitätsreaktionen auf einen externen Druckreiz beobachtet werden. *„Druckreize, die pränatal im Lippenbereich eines Fötus appliziert wurden, führten bereits in der 8. Schwangerschaftswoche, bei einer Körpergröße von ca 2,5 cm, zu heftigen Ganzkörperbewegungen des Ungeborenen“* (Grunwald 2009:5). Im gleichen Maß wie sich die Sensitivität auf Druckreize weiterentwickelt, entwickelt sich auch die Fähigkeit der koordinierten Bewegung des gesamten Körpers weiter. Der Reifungsprozess des Fötus erreicht in der zwölften bis dreizehnten Schwangerschaftswoche einen derart hohen Stand, dass gezielte Greifbewegungen und Daumenlutschen mit Hilfe von Ultraschalldiagnostik beobachtet werden konnten. Zu diesem Zeitpunkt sind andere Sinneskanäle wie der Geruchssinn, der visuelle Sinn noch nicht entwickelt, d.h. dass der Fötus all die genannten Aktivitäten unter Ausschluss des visuellen Sinnes vollführt (vgl. Grunwald 2009). So kann der Fötus auf Grund seines reichhaltigen Bewegungsrepertoires explorativ haptische Informationen, auch über den eigenen Körper, verarbeiten (vgl. Grunwald 2009, Grunwald/Beyer 2001). Es ist davon auszugehen, dass die Tast-Körpererfahrung eine basale neuronale Matrix im Gehirn des Neugeborenen hinterlässt. Des Weiteren steht heute außer Frage, dass eine gesunde psychische Entwicklung und eine angemessene Reifung des neuronalen Systems direkt mit der taktilen und haptischen Stimulation verbunden sind (vgl. Grunwald 2009). *„Sowenig wie sich menschliches Bewusstsein ohne das Tastsinnessystem entwickeln kann, so ist bislang auch kein Mensch lebendig geboren worden, der nicht über ein funktionierendes Tastsinnessystem verfügen würde“* (Grunwald 2009:6). Für das Tastsinnessystem des Menschen gibt es kein adäquates Parallelsystem, sodass dessen kompletter Verlust nicht mit den Grundprinzipien des Lebens vereinbar ist (vgl. Grunwald 2009). Eine zentrale Grundlage des menschlichen Tastsinns stellt das Vorhandensein unterschiedlicher Typen von Sinneseinheiten dar, welche eine unterschiedliche Verteilungsdichte aufweisen und sich in verschiedenen Schichten und Ebenen im menschlichen Körper befinden. So wird die Anzahl aller Tastsinnesrezeptoren auf sechs bis zehn Millionen geschätzt (vgl. Grunwald 2009). Diese Tastsinnesrezeptoren dürften sich nach heutigen Forschungserkenntnissen in der Haut, in den Gelenken (Gelenkscapsel, Bänder), den Muskeln und Sehnen befinden, d.h. innerhalb der Faszien des menschlichen Körpers. Einige von Ihnen reagieren nur auf kurzzeitige, andere auf lang andauernde Dehnreize, wieder andere auf Vibration

oder feinste Berührung. Hierzu zählen, um nur einige zu nennen, der Meissner – Zellkomplex, die Merkel Zellen, Ruffini – Körperchen, Vater Pacini Körperchen, Interstitielle Rezeptoren, Mechanorezeptoren und die Muskelspindeln. Je nach Körperregion ist deren Verteilungsdichte unterschiedlich ausgeprägt. So konnten in der Fingerhaut eines Erwachsenen z.B. 24 Meissnersche Körperchen auf ein Quadratmillimeter gezählt werden (vgl. Grunwald 2009, Grunwald/Beyer 2001, Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schmidt 1998). Auch die so genannten freien Nervenendigungen, über welche noch sehr wenig bekannt ist, spielen eine Rolle für den Tastsinn. Sie befinden sich nicht nur innerhalb der Muskulatur, sondern sie kommen in allen Arten von Bindegewebe, d.h. in allen Arten von Faszien vor (auch in Knochen). Bei einem Großteil von ihnen handelt es sich um Mechanorezeptoren, welche einerseits auf starken Druck und andererseits auf feinste Berührung reagieren (vgl. Scheiterbauer 2010). Die von den Rezeptoren wahrgenommenen Sinnesreize gelangen über das Rückenmark in tiefere und höhere Regionen des zentralen Nervensystems z.B. Hirnstamm, Thalamus (vgl. Grunwald/Beyer 2001). Hier erfahren die eintreffenden Signale erst eine Bewertung und damit wird eine konkrete Wahrnehmungsstruktur ausgebildet. Auf Grund von neurophysiologischen Befunden dürfte sowohl der Parietallappen als auch der Temporallappen des Kortex eine wesentliche Rolle bei der Verarbeitung von Tastsinnesreizen spielen, unterstützt von wichtigen psychischen Funktionsbereichen (vgl. Grunwald 2009, Grunwald/Beyer 2001). Daraus ist zu erkennen, dass es sich beim haptischen System um „[...] a complex perceptual system [handelt] that encodes cutaneous and kinesthetic information“ (Heller/Ballesteros 2006:102). Das die Hand, im speziellen die Fingerspitzen, neben den Lippen und der Zungenspitze eine besonders dichte Versorgung mit Rezeptoren aufweist, deutet auf deren Bedeutung für den Tastsinn hin (vgl. Schmidt 1998). Vor diesem Hintergrund ist die menschliche Hand für die Wahrnehmung von Tastsinnesreizen besonders prädestiniert, was sie zum „[...] taktil-haptischen Organ“ (Grunwald/Beyer 2001:37) werden liess. Die Tastsinneswahrnehmung ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt. Im Besonderen ist das Tastsinnesystem bei blinden Menschen ausgeprägt, welchen es mit dessen Hilfe möglich ist, ein Abbild der physikalischen Außenwelt herzustellen. Heller /Ballesteros (2006) weisen in ihren Ausführungen darauf hin, dass bewusste und unbewusste Erfahrungen wichtig für die haptische Wiedererkennung sind. Das Tastsinnesystem stellt für jeden manuell tätigen Therapeuten, somit auch für jeden Osteopathen die Basis

seines täglichen Handelns dar, wird durch den therapeutischen Kontakt zum Patienten täglich trainiert und ein Stück weit verfeinert. Diese Erkenntnisse gelten nicht nur für den Befundungsprozess sondern auch für die Anwendung therapeutischer Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, dass Croibier (2006) und Paoletti (2001) darauf verweisen, dass es viele Jahre der Schulung bedarf um mit Hilfe des „Global Listenings“ auch noch so subtile Informationen, kleinste Bewegungsausschläge wahrnehmen und erkennen zu können. In den folgenden Kapiteln soll ein Überblick über die in der Literatur beschriebenen vielfältigen Wahrnehmungen, welche mit Hilfe „Global Listening Tests“ eingefangen werden können, gegeben werden.

#### **4 Testtheoretische und durchführungsspezifische Aspekte des „Global Listenings“**

Innerhalb dieses Kapitels wird einerseits auf Reliabilität und Validität von manuellen Testverfahren eingegangen und andererseits auf Durchführungsspezifitäten und Interpretationsvariationen des „Global Listening“. Unter Durchführungsspezifitäten fallen die Ausgangsstellungen des Patienten und Therapeuten, welche in der Literatur zur Durchführung des „Global Listenings“ angegeben werden. Des Weiteren wird auf den spezifischen Handkontakt (z.B. Auflagedruck der Hand etc.), die Zeitdauer und auf den Durchführungszeitpunkt für das „Global Listenings“ eingegangen. Es sollen des Weiteren Faktoren für Veränderungen bei der Durchführung des „Global Listenings“ aufgezeigt werden. Für die Interpretation bedeutet dies, dass auf die verschiedenen Bereiche wie den parietalen Bereich, viszeralen Bereich, kraniosakralen Bereich und psychoemotionalen Bereich eingegangen wird. Dabei handelt es sich um die testtheoretischen Grundlagen zum Kapitel 6 - Ergebnisdarstellung der Untersuchung.

##### **4.1 Reliabilität und Validität von manuellen Diagnoseverfahren**

Die Aussagekraft von Messmethoden hängt im Allgemeinen von der Reliabilität (Interrater- und Intrarater-Reliabilität) und von der Validität (Sensitivität und Spezifität) ab. Diese beiden Parameter stellen ein wesentliches Gütekriterium für die Testobjektivität dar (siehe Kapitel 4.3.1). Der Begriff der Reliabilität bezieht sich auf die Zuverlässigkeit einer Messmethode und wird charakterisiert von der Reproduzierbarkeit der Messergebnisse unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen (vgl. Fröhlich

2010). Die Reliabilität ist umso höher, je geringer die Anzahl möglicher Messfehler ist (vgl. Bortz/Döring 2006). Idealerweise wäre dies der Fall wenn „[...] der Test in der Lage ist, den wahren Wert [eines Testergebnisses] ohne jeden Messfehler [...] zu erfassen“ (Bortz/Döring 2006:196). „Dieser Idealfall tritt in der Praxis nie auf, da sich Fehlereinflüsse durch situative Störungen“ (Bortz/Döring 2006:196), durch den Menschen selbst, welcher ständigen Adaptationen sowohl in physischer als auch in psychischer Sicht unterworfen ist, nie ausschließen lassen (vgl. Rittler 2010). Daher kann die Anforderung an völlig gleiche Testbedingungen nicht realisiert werden (vgl. Rittler 2010). Trotz allem besteht der Anspruch dass wiederholte Messungen immer wieder zum gleichen Ergebnis führen sollen, sowohl was die Interrater- als auch die Intrarater-Reliabilität betrifft. Unter Interrater-Reliabilität versteht man, dass verschiedene Tester bei ein und demselben Probanden / Gegenstand zum gleichen Ergebnis kommen. Hingegen versteht man bei der Intrarater-Reliabilität, dass ein und derselbe Tester bei ein und demselben Probanden / Gegenstand zum gleichen Ergebnis kommt. Gerade im Bereich der manuellen Diagnoseverfahren stellen beide Parameter ein äußerst problematisches Feld dar und daher sollten manuelle Messmethoden nur bedingt zur Überprüfung eines Behandlungseffekts eingesetzt werden (vgl. Sommerfeld 2004). „Ein wesentlicher Angriffspunkt für Kritik an manuellen Befundungsverfahren ist die Tatsache, dass sich der Untersucher in sehr hohem Maße auf subjektive Wahrnehmungsphänomene stützt [...]. Dies gilt im Prinzip natürlich für jedes Untersuchungsverfahren, das vordergründig mit den Mitteln der Wahrnehmung arbeitet und bis zu einem gewissen Grad auch die Beurteilung offensichtlich objektiver Befunde, deren Interpretation letztendlich auch subjektiv geprägt ist“ (Sommerfeld 2000:6). Des Weiteren stellt sich als Problemfeld die Kommunikation des Wahrgenommenen, im Hinblick auf die Testobjektivität (siehe Kapitel 4.3.1) von manuellen Testmethoden, dar. So wird im klinischen Alltag versucht, das Wahrgenommene mit Metaphern zu beschreiben, welche die erhobenen Daten charakterisieren sollen. Dieses sich im Bereich der Kommunikation auftuende Problem gilt nicht nur für den klinischen Alltag sondern auch für den Unterricht, sodass es dem einzelnen Studenten überlassen ist, was er unter der qualitativen Beschreibung des Lehrenden versteht (vgl. Sommerfeld 2000, 2006). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit manuelle Diagnosemethoden zur Befundung und Therapieauswahl herangezogen werden können, bzw. wie deren Reliabilität und Validität verbessert werden kann. Für allgemein gelten die funktionellen Befundungsinstrumente, zu

welchen sowohl das „Local Listening“ als auch das „Global Listening“ zählen, zu jenen Tests, welche eine geringe Reliabilität und Validität aufweisen. Vermeintlich wird strukturellen Tests, welche z.B. zur Beurteilung der passiven Beweglichkeit herangezogen werden, im Rahmen des Befundungsprozesses ein höherer Stellenwert als den funktionellen Tests eingeräumt. Dies konnte in Studien jedoch nicht belegt werden, da sich auch bei den so genannten strukturellen Tests, zu welchen z.B. manuelle Test zur Wirbelsäulenuntersuchung zählen, eine schwache bis leidliche Interrater-Reliabilität ergaben (vgl. McConnell et al. 1980, Gemmell/ Miller 2005, Hawk et al. 1999, Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005). Podlesnic (2006) beschäftigte sich in seiner Masterthese mit der Reliabilität des so genannten „Local Listening“ bzw. „lokalen Ecoute“. Hierbei waren die Ergebnisse derart, dass eine geringe interindividuelle Verlässlichkeit und eine mittelmäßige intraindividuelle Verlässlichkeit vorlagen. Rittler (2010) kam in ihrer Studie zu Interrater- und Intrarater-Reliabilität des Global Listening zu ähnlichen Ergebnissen, d.h. es konnte sowohl für die Interrater- als auch für die Intrarater-Reliabilität nur eine zufällige Übereinstimmung erzielt werden. Allerdings verweist Podlesnic (2006) in seiner Masterthese darauf, dass ein Konsenstraining der Untersucher evt. zu einer Verbesserung der Reliabilitätsergebnisse geführt hätte. So konnten Degenhardt et al. (2005) im Hinblick auf die Intrarater-Reliabilität nachweisen, dass sich diese deutlich verbessert, wenn vor Untersuchungsbeginn ein Konsenstraining mit den Untersuchern durchgeführt wird. Ein Konsenstraining könnte somit zu einer Verbesserung der Reliabilität führen, da hierbei eine Standardisierung für die Testdurchführung erreicht wird (vgl. Degenhardt et al. 2005, Schelten 1997). Als Resümee kann festgehalten werden, dass es nicht sinnvoll erscheint eine Bewertung bzgl. Wissenschaftlichkeit zwischen speziellen Mobilitätstests, strukturellen Tests und den so genannten funktionellen Tests vorzunehmen. Bzgl. der Standardisierung von Testabläufen bedürfte es in einem ersten Schritt einer genaueren Präzisierung der Testabläufe um Fehlerquellen so gering wie möglich zu halten und die Reliabilität und Validität zu erhöhen (vgl. Strebel et al. 2003), auch wenn sich dies in der Masterthese von Rittler (2010) nicht bestätigte. Für das „Global Listening“ könnte dies Folgendes bedeuten: Präzisierung der Ausgangsstellung des Patienten und des Therapeuten, des Handkontaktes des Therapeuten, der Zeitdauer, des Auflagedruckes der Hand und des Durchführungszeitpunktes. Es ist des Weiteren auf die innere Haltung des Therapeuten zu achten, welcher bei der Testung in einen respektvollen Dialog mit

den Geweben (Paoletti 2001) treten soll. Im Kapitel 4.2 wird zu erkennen sein, dass diese Standardisierung beim „Global Listening“ nur rudimentär vorhanden ist. Es finden sich dazu sowohl in der Literatur als auch in den aus den Interviews gewonnenen Daten zum Thema „Durchführung“ (siehe Kapitel 6.4) divergierende Aussagen, welche die Ausgangsstellung des Patienten, die Handhaltung und Ausgangsstellung des Therapeuten, den spezifischen Handkontakt, die Zeitdauer und den Durchführungszeitpunkt betreffen.

Auch die Validität spielt eine nicht unwesentliche Rolle bei manuellen Diagnoseverfahren und ist so wie die Reliabilität ein Bestandteil der Testobjektivität (siehe Kapitel 4.3.1). *„Die Validität eines diagnostischen Tests wird mit den Begriffen Sensitivität und Spezifität beurteilt“* (Sommerfeld 2004:45). Unter Sensitivität wird verstanden, dass ein Test ein richtig-positives Ergebnis ergibt, d.h. dass ein vorhandenes Merkmal beim Patienten gefunden wird, wenn es vorhanden ist. Unter Spezifität wird verstanden, dass ein Test richtig-negative Ergebnisse ergibt, d.h. dass der Test ein negatives Ergebnis anzeigt, wenn das betreffende Merkmal beim Patienten nicht vorhanden ist. Die Sensitivität und Spezifität sind vor allem bei Provokationstests wie z.B. für den Schubladentest im Kniegelenk etc. von Bedeutung. Da es sich beim „Global Listening“ um keinen so genannten Provokationstest handelt stellt sich die Frage, inwieweit Sensitivität und Spezifität als Gütekriterium herangezogen werden sollen. Bezogen auf die Testobjektivität des „Global Listening“ könnte die Validität aber insofern von Bedeutung sein, dass diese auf die Interpretation des Testergebnisses bezogen wird. So soll ein und dieselbe Wahrnehmung in gleicher Art und Weise, unabhängig vom Untersucher, interpretiert werden und zu ein und derselben Struktur, welche sich in Dysfunktion befindet, führen. Es handelt sich bei der Interpretation des Wahrgenommenen um einen wichtigen Prozess innerhalb des „Global Listening“ und die Interpretationsobjektivität stellt eine wesentliche Bedingung für die Validität eines Tests dar (vgl. Schelten 1997). *„Sind die Aussagen, die anhand der Testergebnisse gemacht werden, abhängig von der Person, welche die Testergebnisse interpretiert, so kann der Test nicht zu gültigen, m. a. W. zu validen Ergebnissen führen“* (Schelten 1997:124). Wie in den Kapiteln 4.3.2 und 6.5 zu erkennen sein wird, besteht für manche Bereiche eine einheitliche Interpretation des Testergebnisses, für andere Bereiche hingegen besteht eine große Varianz in der Interpretation, sodass der Rückschluss gezogen werden kann, dass diese von der Testperson selbst abhängt. Hierbei spielen die persönlich gemachten Erfahrung des Osteo-

pathen genauso eine Rolle, wie die von ihm absolvierten Fortbildungen im Bereich der Osteopathie z.B. Kinderosteopathie, Biodynamische Osteopathie, etc. (siehe Kapitel 6.4.5 und 6.5).

Um die Reliabilität und Testobjektivität des „Global Listenings“ zu verbessern, wäre es wünschenswert, dass es einerseits zu einer Standardisierung der Durchführungsspezifitäten des „Global Listenings“ käme und andererseits bzgl. der Interpretation des Testergebnisses ein Grundkonsens erreicht werden könnte. Es wäre von Vorteil wenn dies bereits in die Ausbildung zum Osteopathen Eingang fände (vgl. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006). Im folgenden Kapitel wird zu erkennen sein, dass diese Standardisierung in der osteopathischen Literatur zum „Global Listening“ nur in Ansätzen vorhanden ist.

## **4.2 Durchführung des Global Listening – Literaturstudium**

In der Literatur wird die Durchführung des „Global Listening“ in verschiedenen Ausgangsstellungen, was sowohl die Position des Patienten als auch die des Therapeuten betrifft, beschrieben. Im Einzelnen soll näher auf die Ausgangsstellungen des Patienten, Ausgangsstellungen des Therapeuten und dessen Handhaltungen, auf den spezifischen Handkontakt des Therapeuten, die Zeitdauer für das „Global Listening“, den Durchführungszeitpunkt und auf die Art und Weise der Kontaktherstellung zu den Geweben, eingegangen werden.

### **4.2.1 „Global Listening“ in verschiedenen Ausgangsstellungen**

Als Ausgangsstellungen zur Durchführung des „Global Listening“ finden sich in der Literatur einerseits die Ausgangsstellungen Stand und / oder Sitz und andererseits die Ausgangsstellung Rückenlage. Hierbei handelt es sich um drei vollkommen unterschiedliche Ausgangsstellungen, bei denen sich der Einfluss der Schwerkraft gravierend verändert. In Abhängigkeit von der Ausgangsstellung des Patienten gestalten sich Gleichgewichtslage und Gleichgewichtsreaktionen unterschiedlich. Einige Autoren beschreiben das „Global Listening“ nur in der Ausgangsstellung Stand und in keiner weiteren Position (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2007). Es finden sich in der Literatur aber auch Angaben, dass der „Global Listening Test“ in der Ausgangsstellung Stand und / oder in der Ausgangsstellung Sitz durchgeführt werden kann. *„Der allgemeine Ecoute-Test wiederum ist ein globaler Test, der im Stand oder im Sitzen ausgeführt werden kann“* (Barral/Mercier 2005:22). Eine klare

Empfehlung das „Global Listening“ in einer der beiden Ausgangsstellungen (Stand oder Sitz) durchzuführen findet sich bei Barral (2005). Als Entscheidungskriterium hierfür werden die Größenunterschiede zwischen Therapeut und Patient angeführt. So wird darauf hingewiesen, dass der Test dann schwierig in der Ausgangsstellung Stand durchzuführen ist, wenn der Patient sehr groß und der Therapeut sehr klein ist (vgl. Barral 2005). Es finden sich aber auch Aussagen auf Grund derer der Rückschluss gezogen werden kann, dass der „Global Listening Test“ in der Ausgangsstellung Stand und Sitz, .d.h. in beiden Ausgangsstellungen, angewendet werden soll. Dabei wird dezidiert darauf hingewiesen, dass beim „Global Listening Test“ in der Ausgangsstellung Sitz einerseits der Einfluss der unteren Extremität und andererseits Gleichgewichtsreaktionen ausgeschaltet werden (vgl. Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Dies soll eine Präzisierung des Läsionsortes, d.h. in welchem Körperabschnitt sich die somatische Dysfunktion befindet, ermöglichen. Bzgl. der Durchführung des „Global Listenings“ in der Ausgangsstellung Rückenlage finden sich in der Literatur kaum Angaben. Einzig und allein Paoletti (2001) beschreibt mehrere „globale Ecoute Tests“ in dieser Ausgangsstellung. Alle anderen Autoren führen in der Ausgangsstellung Rückenlage so genannten „Local Listenings“, „lokalen Ecoute Tests“ oder „segmentalen Ecoute Tests“ durch. Es wird dezidiert angemerkt, dass der „Global Listening Test“ nicht in der Ausgangsstellung Rückenlage angewendet werden soll. *„Die übermittelten Informationen sind nur zuverlässig, wenn der Körper des Patienten so ausbalanciert ist, dass er selbst auf geringe Kräfte anspricht und sich bewegt. Deshalb empfehle ich Ihnen, diesen Test am stehenden oder sitzenden Patienten durchzuführen, denn in der Rückenlage ist der Körper an zu vielen Punkten abgestützt“* (Barral 2005:5). Für die „Local Listenings“, „lokalen Ecoute Tests“ finden sich in der Ausgangsstellung Rückenlage unterschiedlichste Handhaltungen für den Therapeuten, mit welchen die unterschiedlichsten Körperregionen aufgesucht werden können. So werden „lokale Ecoute Tests“ im Bereich der unteren Extremität, des Sakrums, des Schultergürtels, der oberen Extremität und der ventralen Rumpfseite beschrieben (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Paoletti (2001) spricht in der Ausgangsstellung Rückenlage einerseits von „globalen Ecoute Tests“ für die oberen / unteren Extremitäten und den Schultergürtel, andererseits von „Ecoute Tests“ für die Extremitäten, für das Abdomen, für den Thorax, für das Becken und für den Schädel. Die von Paoletti (2001) beschriebenen „globalen Ecoute Tests“ könnten auf Grund der Handhaltungen des Therapeuten als „lokale

Ecoute Tests“ interpretiert werden. Des Weiteren findet sich in der Ausgangsstellung Rückenlage, neben den von Paoletti (2001) beschriebenen „globalen Ecoute Tests“, ein so genannter „globaler Ecoute Test für das Kranium“. *„Der globale kraniale Ecoute-Test ist ein unerlässliches diagnostisches Hilfsmittel, um exo- und endokranielle Fixierungen aufzuspüren“* (Barral/Croibier 2008:43). *„Auf der Grundlage der Anamnese, der Symptome und des kranialen Ecoute-Tests kann man mit Hilfe der Sensibilität der austretenden Nervenfasern überprüfen, ob in einem Hirnnerv ein Problem vorliegt“* (Barral/Croibier 2008:48). Ziel dieses „globalen Ecoute Tests“ ist es, Auskunft über mögliche Restriktionen im Bereich des Kraniums und über die Sensibilität der Hirnnerven zu erhalten. Hierbei geht es nicht darum, einen globalen Überblick über mögliche Spannungszentren im gesamten Körper zu erhalten, sondern es werden lokale Körperabschnitte untersucht, wie dies auch bei den von Paoletti (2001) beschriebenen „globalen Ecoute Tests“ der Fall ist. Diese ständig wechselnden Begriffsbezeichnungen zwischen „globalem Ecoute“, „lokalem Ecoute“ oder „segmentalem Ecoute“ kann zu Verwirrung und Missverständnissen in der Kommunikation unter den Osteopathen führen. So verwundert es nicht, dass sich solch wechselnden Bezeichnungen nicht nur in der Literatur, sondern auch bei den Interviewpartnern wieder finden. Das gilt allerdings nicht nur für die Ausgangsstellung Rückenlage, sondern auch für die Ausgangsstellungen Stand und Sitz. Bei der Aufarbeitung der Interviews wird zu erkennen sein, dass sich alle drei Ausgangsstellungen in der osteopathischen Praxis wieder finden. Schwerpunktmäßig wird das „Global Listening“ jedoch in der Ausgangsstellung Stand und im Gegensatz zur Literatur, in der Ausgangsstellung Rückenlage durchgeführt. Die Rückenlage wird vor allem zur Beurteilung des Zustandes des Patienten während der Behandlung, im Sinne einer Evaluierung der einzelnen therapeutischen Maßnahmen, herangezogen (siehe Kapitel 6.2.9).

#### **4.2.2 Ausgangsstellung Patient**

Im Folgenden werden, bezogen auf die Körperhaltung des Patienten, die Angaben zu den Positionen Stand, Sitz und Rückenlage aus der Literatur aufgearbeitet. Dadurch soll es möglich werden, vorhandene Gemeinsamkeiten aber auch Disparitäten aufzuzeigen. Sie stellen die Diskussionsgrundlage für die aus den Interviews gewonnenen Daten im Kapitel 6.4.2 dar.

## **Ausgangsstellung Stand**

Im Hinblick auf die Beschreibung der Ausgangsstellung Stand findet sich in der Literatur eine große Bandbreite, welche von sehr vagen Angaben bis hin zu präzisen Beschreibungen reicht. So kann es sein, dass nur davon gesprochen wird den „Global Listening Test“ beim stehenden Patienten durchzuführen (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005), evt. gefolgt von der Bemerkung, dass der Patient aufrecht stehen soll (vgl. Croibier 2006). Im Rahmen einer näheren Beschreibung der Ausgangsstellung Stand finden sich vereinzelt Anmerkungen zur Spurbreite, d.h. zum Abstand der Füße zueinander. Diese reichen von normaler Spurbreite, bis hüftbreit oder leicht gespreizt bzw. gegrätscht (vgl. Liem 1998, Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). Diese Angaben lassen eine gewisse Varianz erkennen und so kann es sein, dass z.B. unter dem Begriff „hüftbreit“ einerseits hüftgelenksbreit und andererseits beckenbreit verstanden wird. Hierunter könnten dann die Angaben normale Spurbreite oder leicht gegrätscht fallen. Da ein Großteil der interviewten Osteopathen als Grundberuf Physiotherapeut angab, wird im Folgenden auf eine Definition zum Thema Spurbreite aus dem Bereich der Physiotherapie zurückgegriffen. Hierbei wird zwischen einer Standspurbreite und einer Gangspurbreite unterschieden (vgl. Klein-Vogelbach 1984). Für das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand ist die Definition der Standspurbreite von Interesse: *„Die Spurbreite im Stand sollte dem Hüftgelenksabstand entsprechen. Im Rahmen der Norm kann sie auch dem Abstand der Spinae entsprechen“* (Klein-Vogelbach 2000:179). In dieser Definition ist ebenfalls ein gewisser Spielraum zu erkennen, allerdings ist er anatomisch gesehen nicht sehr groß, da die Spinae iliaca anterior superior deutlich medial der lateralen Begrenzung des Beckens liegen. D.h. eine Standspurbreite, welcher der Beckenbreite betreffender Person entspricht, würde nicht in diese Definition fallen und als solche, als vergrößerte Standspurbreite in einen physiotherapeutischen Befund einfließen. Nur bei Hinkelthein/Zalpour (2006) findet sich eine genauere Beschreibung der Standspurbreite: *„Der Patient seht auf dem Boden, die Füße stehen parallel etwa 10cm auseinander“* (Hinkelthein/Zalpour 2006:13). Näher betrachtet dürfte diese Beschreibung der Standspurbreite oben genannter Definition von Klein-Vogelbach (2000) entsprechen. Des Weiteren finden sich vereinzelt Angaben zur Blickrichtung des Patienten, bzw. kann auf Grund des Handkontaktes des Therapeuten zum Patienten, ein Rückschluss auf die Blickrichtung des Patienten gezogen werden. *„Dazu steht der Patient mit leicht gegrätschten Beinen, richtet den*

*Blick horizontal nach vorne und schließt nach Aufforderung die Augen“ (Paoletti 2001:198). „Der Therapeut legt eine Hand auf den Kopf des Patienten, der Unterarm liegt parallel zu Hinterhaupt und Halswirbelsäule und der Ellenbogen hat nur minimalen Kontakt zur Brustwirbelsäule“ (Prat 2007:1). Daraus lässt sich ableiten, dass der Blick des Patienten nach vorne gerichtet sein muss, da sonst die Stellung des Unterarmes bezogen zur Wirbelsäule verändert wäre und diese nicht mehr oben beschriebener Position entspräche.*

Als Resümee kann festgehalten werden, dass dem Patienten sehr viel individuelle Freiheit bzgl. seiner Körperhaltung, zu welcher sich keine Angaben finden, und seiner Standspurbreite (Abstand der Füße zueinander) eingeräumt wird. Die Standspur des Patienten wird von einzelnen Autoren zwischen hüftgelenksbreit, maximal hüftbreit bzw. beckenbreit beschrieben. Einzig und allein bzgl. Blickrichtung des Patienten dürfte die einhellige Meinung vorherrschen, dass diese nach vorne gerichtet sein soll. Es ist doch interessant wie viel Freiraum bei der Wahl der Standspurbreite zugelassen wird, da die Größe der Unterstützungsfläche in direktem Zusammenhang mit der Gleichgewichtslage des Körpers steht. *„Die Unterstützungsfläche bezeichnet die kleinste Fläche, die die Kontaktstellen der Körperabschnitte mit der Unterlage einrahmt“ (Klein-Vogelbach 2000:37). Bei den Körperabschnitten handelt es sich um die Fußsohlen beider Füße, welche die äußere Begrenzung der Unterstützungsfläche darstellen. Der Gesamtkörperschwerpunkt beim aufrecht stehenden Menschen befindet sich unterhalb des Promotoriums auf Höhe des zweiten Sakralwirbels und sollte sich bei einem stabilen Gleichgewicht in der Mitte der Unterstützungsfläche befinden (vgl. Schünke et al. 2005). Genauer gesagt liegt der Gesamtkörperschwerpunkt im Stand zwischen beiden Füßen ein bis zwei Zentimeter vor den Ossa naviculare. Dieser unterliegt ständigen Schwankungen und bewegt „[...] sich in einem Bereich von 4 mm [in alle Richtungen] um diesen Punkt herum [...]“ (Hochschild 2002:345). Zu Beginn des ruhigen Stehens sind diese Schwankungen deutlicher ausgeprägt und nehmen dann im Laufe der Zeit ab. „[...] Stellungsänderungen des Schwerpunktes werden durch das visuelle, vestibuläre und propriozeptive System erfasst und vom Zentrum aus reguliert. Sie sind dabei aufeinander angewiesen. Beispielsweise ist die Schwankungsbreite mit geschlossenen Augen größer als mit offenen Augen“ (Hochschild 2002:345). Diese Tatsache ist vor allem deswegen von Interesse, da in der Durchführungsphase des „Global Listening“ der Patient gebeten wird, die Augen zu schließen. Dabei handelt es sich*

um jene Phase, in welcher der Therapeut in den passiven Zustand des Zuhörens geht und für das Erspüren kleinster Bewegungssignale, minimalster faszialer Spannungsänderungen aufnahmebereit ist. Das deckt sich mehrheitlich mit Angaben in der osteopathischen Literatur, in welcher dezidiert darauf hingewiesen wird, dass der Patient während des „Global Listening“ die Augen schließen soll (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paloletti 2001, Prat 2007). Begründet wird dies mit dem Hinweis, dass dem Patienten dadurch die visuelle Fixierung im Raum genommen wird (vgl. Liem/Dobler 2002). *„Sie unterbinden damit seine visuellen Anhaltspunkte und der Körper des Patienten kann seine internen Spannungen voll zum Ausdruck bringen“* (Croibier 2006:213). Es ist doch interessant, dass in der osteopathischen Literatur zum Thema „Global Listening“ in keinsten Weise auf die Gleichgewichtsthematik in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen eingegangen wird. So wie schon beim Thema Unterstützungsfläche festgestellt, spielt es sehr wohl eine Rolle ob die Augen geschlossen oder offen sind, da die Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes innerhalb dieser bei geschlossenen Augen zunimmt. Für einen gesunden Menschen stellt der Zweibeinstand mit geschlossenen Augen kein Problem dar, falls jedoch eine verminderte Gelenkbeweglichkeit evt. in Kombination mit einer erhöhten Muskelspannung etc. vorliegt, kann es zu einer Zunahme der Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes kommen, was häufig von Patienten als ein Gefühl von Unsicherheit artikuliert wird. Da es beim „Global Listening“ darauf ankommt noch so kleinste fasziale Spannungsänderungen und Bewegungsausschläge wahrzunehmen, sollte mit dem Wissen um Gleichgewichtsreaktionen in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen, vor allem im Hinblick auf die Interpretation des Ergebnisses, bewusst umgegangen werden. Bezogen auf die Reliabilität und Testobjektivität, im speziellen der Interpretationsobjektivität, wäre es wünschenswert, wenn der Standspurbreite des Patienten mehr Aufmerksamkeit zukäme, um Fehlerquellen so gering wie möglich zu halten. Vor diesem Hintergrund scheint es von Interesse, dass Rittler (2010) den Testern zum Zwecke der Blindierung die Augen verbinden ließ und diese anmerkten, dass es ihnen schwer fiel für sich selbst eine stabile Ausgangsposition zu finden. Daraus könnte abgeleitet werden, dass die Tester unbewusst die Zunahme der Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes im Stand wahrgenommen haben.

### **Ausgangsstellung Sitz**

Der Ausgangsstellung Sitz wird, sowohl was die Durchführung des „Global Listenings“ in dieser Position betrifft als auch der Beschreibung der Position selbst, kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Einzig und allein die Position der Beine wird beschrieben. So sollen die Unterschenkel des Patienten in der Ausgangsstellung Sitz frei hängen (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Es wird in der Literatur speziell darauf hingewiesen, dass bei der Durchführung in der Ausgangsstellung Sitz, der Einfluss der unteren Extremität auf das Ergebnisse des „Global Listenings“ ausgeschlossen wird (vgl. Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Es scheint so, dass dieser Ausgangsstellung zur Durchführung des „Global Listenings“ weniger Bedeutung als der Ausgangsstellung Stand zukommt. Es wird in der Literatur hierbei weder auf die Körperhaltung, noch auf die Blickrichtung oder auf die Tatsache, dass der Patient die Augen während der Durchführung des Tests geschlossen halten soll, eingegangen.

### **Ausgangsstellung Rückenlage**

Diese Ausgangsstellung wird in der Literatur fast ausschließlich zur Durchführung von so genannten „Local Listenings“ verwendet. Da diese Position von den Interviewpartnern sehr häufig zur Durchführung des „Global Listening“ eingesetzt wird (siehe Kapitel 6.4.2), soll im Folgenden ausführlicher darauf eingegangen werden. Der Beschreibung der Ausgangsstellung selbst wird in der osteopathischen Literatur wenig Aufmerksamkeit geschenkt und so findet sich mehrheitlich unter den Autoren nur die Anmerkung, dass der Patient entspannt am Rücken liegen soll (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). Einzig und allein Paoletti (2001) beschreibt verschiedene „globale Ecoute Tests“ in Rückenlage (siehe Kapitel 4.2.1), wobei aber auch er die Position des Patienten nicht näher definiert. Die Frage nach der Position der Beine kann nur indirekt aus der dazugehörigen osteopathischen Literatur abgeleitet werden. Paoletti (2001) beschreibt für die Durchführung eines „Ecoute Tests“ an der unteren Extremität, dass der Therapeut seine Hände flach auf den Fußrücken den Patienten legen soll, d.h. jeweils eine Hand soll auf jeweils einem Fuß platziert werden. Daraus ergibt sich, dass die Beine des Patienten bei Durchführung dieses Tests nebeneinander liegen. Des Weiteren findet sich in Zusammenhang mit der Durchführung eines „globalen kranialen Ecoute“ eine nähere Beschreibung der Ausgangsstellung Rückenlage. „Der

*Patient liegt mit ausgestreckten Beinen auf dem Rücken, seine Hände liegen auf dem Abdomen, um die Faszien­spannung in den oberen Extremitäten zu minimieren*“ (Barral/Croibier 2008:44). Inwieweit diese Beschreibung auf das „Global Listening“ übertragen werden kann ist fraglich, da hierbei die faszialen Spannungen an der oberen Extremität nicht unterdrückt werden sollen. In Zusammenhang mit einem „Global Listening“ bzw. „globalen Ecoute“ in Rückenlage finden sich in der Literatur keine Angaben zur Position der Arme, d.h. es ist unklar wo der Patient seine Arme platzieren soll bzw. kann, ohne einen Einfluss auf das Ergebnis des „Global Listening“ zu nehmen. Der Anspruch an die Ausgangsstellung Rückenlage ist dadurch definiert, dass der Patient entspannt liegen soll und das kann für jeden Patienten etwas anderes bedeuten. So kann es sein, dass ein Patient für den Kopf einen Polster oder für die Beine eine Knierolle benötigt um z.B. die Lendenwirbelsäule samt Hüftgelenken zu entspannen, ein anderer Patient die Arme /Hände auf seinen Bauch oder neben den Körper legt. Folgende Fragestellung kann hieraus abgeleitet werden: „Inwieweit kann die Position der Hände, der Arme des Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis des „Global Listening“ haben? Um sich diesen Fragen annähern zu können ist es notwendig, sich mit den so genannten Inhibitionstests näher auseinander zu setzen. Bei der Inhibition handelt es sich um die *„[...] Anwendung eines konstanten Drucks auf Weichteilgewebe, um die Reflexaktivität zu vermindern und eine Entspannung zu erzielen*“ (Liem/Dobler 2002:574). Die Inhibitionstests finden beim so genannten „Gewebe – Ecoute“ einer sich in Dysfunktion befindlichen Struktur Anwendung. Für ein besseres Verständnis soll an dieser Stelle ein Beispiel angeführt werden. So kann es für den behandelnden Therapeuten unklar sein ob z.B. eine somatische Dysfunktion vom Sakrum oder vom Uterus ausgeht, wenn die Tests für beide Strukturen eine veränderte Beweglichkeit aufweisen. Der behandelnde Therapeut kann nun zwecks Differenzierung einen „Ecoute Test“ am Uterus machen, die veränderte Bewegung sogar noch verstärken und mit der anderen Hand gleichzeitig einen „Ecoute“ am Sakrum durchführen. Verändert sich durch die Hand am Uterus der „Ecoute“ am Sakrum, so kann davon ausgegangen werden, dass die Dysfunktion des Uterus das Sakrum beeinflusst. Wäre dies nicht der Fall, kann der umgekehrte Schluss gezogen werden. Durch diese Inhibition kann der behandelnde Osteopath feststellen, welche der beiden Strukturen die primäre Dysfunktion aufweist (vgl. Croibier 2006). Barral (2005) spricht davon, dass unter Einsatz von Inhibitionspunkten z.B. an der unteren Extremität am Knöchel oder Knie, Restriktionsstellen

genauer lokalisiert werden können, indem der Therapeut seine Hände auf diese Stellen legt. *„Wenn Sie an dieser Stelle vorsichtig Druck auf das Gewebe ausüben, können Sie deren Wirkung auf den übrigen Körper unterbinden“* (Barral 2005:8). Wobei der Druck keinesfalls zu fest sein darf um keine zusätzlichen Spannungen zu erzeugen. Inwieweit das Gewicht der Arme bzw. dann der Hände des Patienten z.B. auf seinem Abdomen dazu ausreicht, unbewusst eine Eigeninhibition vorzunehmen, kann nicht beantwortet werden. An dieser Stelle könnte sich insofern eine interessante Diskussion anschließen, inwieweit der Patient zufällig die Position seiner Arme wählt, oder ob es sich um eine unbewusste Handlung handelt, welche durch eine unterschwellige Information aus dem Körper veranlasst wird. Wesentlich scheint für die Durchführung des „Global Listening“ zu sein, dieses Faktum in die Überlegungen mit einzubeziehen und falls der Patient seine Arme bzw. Hände am Abdomen platziert hat, diesen in einem zweiten Schritt zu bitten, die Arme neben dem Körper zu platzieren um erneut ein „Global Listening“ durchzuführen. Im Anschluss daran kann der Osteopath die Ergebnisse aus beiden Tests vergleichen und vielleicht einen Hinweis darauf erhalten, ob der Patient unbewusst eine Eigeninhibition einer sich in Dysfunktion befindliche Struktur durchgeführt hat. Obwohl die Ausgangsstellung Rückenlage in der Literatur hauptsächlich zur Durchführung von so genannten „Local Listening“, „lokalen Ecoute Tests“ oder „segmentalen Ecoute Tests“ verwendet wird, findet sich diese Ausgangsstellung, neben der Ausgangsstellung Stand, als zweithäufigste Position innerhalb der Interviewpartner zur Durchführung eines „Global Listening“ (siehe Kapitel 6.4.2). Aus der Aufarbeitung der Literatur kann als einziger gemeinsamer Nenner für die Ausgangsstellung Rückenlage festgehalten werden, dass der Patient eine für ihn entspannte Position einnehmen soll.

### **4.2.3 Ausgangsstellung und Handhaltung Therapeut**

Innerhalb dieses Kapitels werden die Ausgangsstellungen und Handhaltungen des Osteopathen zur Durchführung des „Global Listening Tests“, abgestimmt auf die Positionen Stand/Sitz und Rückenlage, abgehandelt. Des Weiteren wird auf die Art und Weise der Kontaktaufnahme des Therapeuten zum Patienten eingegangen.

#### **4.2.3.1 Stand/Sitz - Position des Therapeuten**

In der Ausgangsstellung Stand/Sitz (dabei handelt es sich um die Position des Patienten) steht der Therapeut entweder direkt hinter, seitlich hinter oder seitlich neben

dem Patienten (vgl. Barral/Mercier 2005, Croibier 2006, Hinkethein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). Das hängt vor allem davon ab, ob der Therapeut mit einer oder mit beiden Händen Kontakt zum Patienten aufnimmt. In der Literatur werden beide Möglichkeiten beschrieben, ohne dass darin eine Wertung zu erkennen ist. *„Der Osteopath steht seitlich neben dem Patienten. Eine Hand des Osteopathen wird mit einem sanften Druck von 20 – 30g auf den Kopf des Patienten gelegt, während die andere Hand leicht zwischen den Schulterblättern ruht“* (Hinkelthein/Zalpour 2006:13). *„Der Therapeut steht seitlich hinter dem Patienten und legt eine Hand auf den Kopf und der Unterarm dieser Hand liegt parallel zur Wirbelsäule [...]“* (Ligner 2007:1). Daran ist zu erkennen, dass die Position des Therapeuten einerseits davon abhängt, ob er mit einer oder zwei Händen den Kontakt zum Patienten herstellt und andererseits wie er seine Hand / Hände am Patienten positioniert. Allerdings ist von Bedeutung, dass die Hand bzw. die Hände eine entspannte Position einnehmen können, da es sonst nicht möglich ist feinste fasziale Spannungen aus dem Körper des Patienten wahr zu nehmen. Zur Positionierung der Hand bzw. der Hände mehr im folgenden Kapitel.

#### **4.2.3.2 Stand/Sitz - Handkontakt des Therapeuten**

Wie schon aus dem Kapitel 4.2.3.1 hervorgeht, wird das „Global Listening“ sowohl mit einer Hand als auch mit zwei Händen ausgeführt und der Kontakt zum Patienten an den unterschiedlichsten Körperregionen hergestellt. Es besteht in der Literatur keine Präferenz für die eine oder die andere Handhaltung und auch nicht für eine der genannten Körperstellen, an welchen der Kontakt zum Patienten hergestellt werden soll. So kann die Hand flach auf dem Kopf, bzw. am Kopf und mit dem Unterarm parallel zur Wirbelsäule platziert werden (vgl. Paoletti 2001, Ligner 2007). Burch (2003) beschreibt dies folgendermaßen: *„In general listening, the practitioner stands behind the client and places a hand lightly on top of the head“* (Burch 2003:63). Falls die zweite Hand dazu genommen wird, so kann diese im Bereich des *„[...] zervikothorakalen Übergangs“* (Croibier 2006:213), bzw. *„[...] BWS oder [im] lumbosakralen Übergang“* (Liem/Dobler 2002:82) zu liegen kommen. *„Der Therapeut steht hinter dem Patienten, legt eine (die führende) Hand auf den Rücken[...]“* bzw. für die Ausgangsstellung Sitz: *„[...] legt die Handfläche der führenden Hand auf den Kopf; die andere Hand wird im dorsalen Bereich des Oberkörpers platziert“* (Barral/Mercier 2005:22). Es scheint eine große individuelle Freiheit bzgl. der Hand- / Armposition

bzw. Handpositionen und der Körperregion, an welcher der Osteopath den Kontakt zum Patienten herstellt, zu geben. Es wird nicht darauf eingegangen, inwieweit dies zu einem späteren Zeitpunkt für die Interpretation des Testergebnisses von Relevanz sein könnte. Da dazu keine Untersuchungsergebnisse vorliegen, kann oben genannte Überlegung nur als Fragestellung in den Raum gestellt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es keine Präferenz für eine Variante gibt, weder bezogen auf den ein- oder beidhändigen Kontakt noch auf die Körperregion, an welcher der Patient berührt wird. Einzig und allein besteht die Bedingung, dass die Hand / Hände bzw. der Arm des Therapeuten eine entspannte Position einnehmen sollen. Diese Forderung nach einer entspannten Haltung des Therapeuten spiegelt sich in den Aussagen der Interviewpartner wieder (siehe Kapitel 6.4.3.2).

#### **4.2.3.3 Rückenlage – Handkontakt des Therapeuten**

Wie schon in Kapitel 4.2.2 festgehalten, wird die Ausgangsstellung Rückenlage fast ausschließlich für ein „Local Listening“ und nicht für ein „Global Listening“ in der Literatur angegeben. Einzig und allein Paoletti (2001) führt „globale Ecoute Tests“ für die oberen Extremitäten, die unteren Extremitäten und für den Schultergürtel in Rückenlage durch. Zur Durchführung von „segmentalen Ecoute Tests“ an den unteren Extremitäten finden sich bei Croibier (2006) und Paoletti (2001) als Anmerkung, dass der Therapeut die Hände auf beiden Fußrücken samt Rist platzieren soll. Für einen „globalen Ecoute Test“ an der unteren Extremität verwendet Paoletti (2001) hingegen folgende Handhaltung: *„Legen Sie Ihre Hand flach auf die antero-laterale Seite des distalen Oberschenkels“* (Paoletti 2001:200). Da er hierbei beide Oberschenkel gleichzeitig testet, wird jeweils eine Hand auf je einen Oberschenkel platziert. Wie schon erwähnt beschreibt Paoletti (2001) auch einen „globalen Ecoute Test“ für die oberen Extremitäten und für den Schultergürtel. Hierbei werden die Hände für die obere Extremität jeweils auf einen Oberarm platziert und für den Schultergürtel kommen die Daumen am Oberrand des Muskulus Trapezius, die Handflächen anterior auf den Klavikulae und Pleurakuppeln zu liegen. Beim „globalen kranialen Ecoute Test“ wird mit beiden Händen der Kontakt zum Schädel hergestellt (vgl. Barral/Croibier 2008). Es werden in der Literatur noch weitere Handpositionen für „Local Listening“ in Rückenlage angeführt, wobei der Therapeut dabei an jeder beliebigen Körperstelle die Hände platzieren kann. So kann es sein, dass

beide Hände links und rechts am Thorax zu liegen kommen, oder eine Hand sich am Sternum, oder auf dem Bauchnabel, oder im Bereich des Kopfes am Hinterhaupt, oder als Gegenpol dazu am Kreuzbein befindet (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). Von Interesse könnte die Tatsache sein, dass Paoletti (2001), wie bereits erwähnt, „globale Ecoute Tests“ für die oberen / unteren Extremitäten und für den Schultergürtel durchführt. Wenn ein „Global Listening“ z.B. von den Schultern aus möglich ist, warum sollte es dann nicht auch von den Füßen, vom Kopf oder von anderen Stellen am Körper aus möglich sein. *„Ziel ist es, mit viel Erfahrung und verfeinerter Sensibilität die Hand oder Hände auf irgendeinen Teil des Körpers legen zu können, um von dort aus jede Beeinträchtigung der Faszien, auch auf Distanz, spüren zu können“* (Paoletti 2001:197). Diese Aussage findet zum Teil bei Barral (2005) Bestätigung, welcher einen „Ecoute Test“ in der Ausgangsstellung Rückenlage wie folgt beschreibt: *„Sie können den Test auch als „Ecoute-Test“ durchführen, indem Sie die Hände auf den Fußrücken legen“* (Barral 2005:8). Er verwendet diesen Test um das Ergebnis aus dem allgemeinen „Ecoute Test“, welchen er in der Ausgangsstellung Stand oder Sitz durchführt, zu überprüfen. Damit soll genauer unterschieden werden können, ob es sich um eine Dysfunktion im Bereich des unteren Abdomens oder eher aus der unteren Extremität handelt. Allerdings beschreibt er eine Situation, welche darauf schließen lässt, dass in jeder Ausgangsstellung, von jedem Ort aus eine Dysfunktion im Körper festgestellt werden kann. *„Um die Sensibilität meiner Studenten zu testen, erzeuge ich manchmal, ohne dass sie es merken, künstlich eine Läsion, indem ich den Patienten ganz leicht in die Haut zwicke und sie dann frage, ob sie die Stelle lokalisieren können. Studenten, die den Test schon kennen, finden die Stelle sofort ohne sich zu irren“* (Barral 2005:9). Ebenso verweist Paoletti (2001) darauf, dass es dem Osteopathen mit viel Erfahrung möglich sein soll, von jeder Stelle des Körpers aus eine veränderte Faszienspannung, auch wenn diese noch so weit von der Kontaktstelle entfernt ist, wahrzunehmen. Wenn wir diese Aussagen vorläufig als wahr akzeptieren dann folgt daraus, dass es nicht von Bedeutung ist, an welcher Körperstelle der Patient berührt wird um in den Körper hinein zuhören und ein „Global Listening“ durchzuführen.

#### **4.2.4 Ergänzende Durchführungsspezifitäten**

Innerhalb dieses Kapitels werden Aspekte beleuchtet, welche sich speziell mit dem spezifischen Handkontakt (Auflagedruck der Hand etc.), mit der Zeitdauer und mit dem Durchführungszeitpunkt für das „Global Listening“ auseinandersetzen.

##### **4.2.4.1 Spezifischer Handkontakt des Therapeuten**

Es soll hierbei auf die Art und Weise des Handkontaktes und auf den Druck, welchen die Hand des Osteopathen bei der Palpation ausübt, eingegangen werden. Als Einstieg in dieses Thema soll mit folgendem Zitat begonnen werden: *„Die Hand spielt in der Diagnose des Osteopathen eine zentrale Rolle. [...] Sowohl aus diagnostischer als auch aus therapeutischer Sicht ist die Hand das Werkzeug par excellence des Osteopathen“* (Croibier 2006:52). Es braucht einiges an Übung, oft viele Jahre des täglichen Palpierens, bis die Hände diese feine Sensibilität erlangt haben (vgl. Croibier 2006, Paoletti 2001, Upledger/Vredevoogd 2000). *„Messungen haben ergeben, dass die Hand schon Faszienbewegungen in der Größenordnung von 10µm aufspüren kann. Der Unterschied zwischen Messwerten, die man mit aufwändigen technischen Geräten erhält und denen, die man mit der Hand tastet, liegt dabei nur bei 5%“* (Paoletti 2001:195). Ebenso ist die Temperatur der Hand bei der Palpation von Bedeutung. So sollten die Hand bzw. die Hände niemals kalt sein wenn der Patient berührt wird, da eine kalte Hand sofort einen Abwehrreflex der Gewebe auslöst und dies unweigerlich zu einer Verfälschung des Ergebnisses führt (vgl. Paoletti 2001). Des Weiteren sollte die Hand flach aufgelegt werden, damit der Handkontakt so groß wie möglich ist, um dadurch den Auflagedruck so gering wie möglich zu halten. All das sind wesentliche Faktoren für die Durchführung eines „Listening“, egal ob es sich dabei um globales oder lokales „Listening“ handelt (vgl. Paoletti 2001). Im Folgenden soll näher auf den Auflagedruck der Hand bei der Kontaktherstellung zum Patienten eingegangen werden. In der osteopathischen Literatur finden sich dazu Aussagen, welche von leichter Berührung bis zu genauen Gramangaben reichen (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Prat 2007). Paoletti (2001) beschreibt dazu, dass *„[...] der Druck selbst [...] nicht zu stark sein [darf]. Drückt man zu fest, so kann die Hand nicht mehr ausreichend in die Gewebe hineinhorchen, die Bewegungen können dann nicht mehr wahrgenommen werden, weil die Druckrezeptoren der Haut stimuliert werden. Die Hand ruht daher locker mit ihrem Eigengewicht auf den Geweben, muss aber*

zugleich fest wie ein Saugnapf daran haften. Sie „[...] klebt an den Geweben und kann dadurch den Bewegungen leicht folgen“ (Paoletti 2001:196). Hinkelthein/Zalpour (2006) sprechen davon, dass der Therapeut seine Hand mit einem Druck von 20 bis 30 Gramm am Kopf des Patienten platzieren soll. Andere Autoren verwenden hingegen eher vergleichende oder bildhafte Beschreibungen. So „[...] dürfen Sie bei diesem Verfahren nur ähnlich viel Kraft aufwenden wie bei einer Induktionsbehandlung und deutlich weniger als bei der Mobilisierung von Geweben“ (Barral 2005:6), oder der Handkontakt wird wie von Sutherland mit einem Vogel verglichen, welcher sich einem Zweig nähert und „[...] diesen sanft berührt und sich dann auf ihn niederlässt“ (Liem/Dobler 2002:275). Um aus dieser Aussage eine Druckangabe formulieren zu können, sind Erkenntnisse aus der Vogelkunde hilfreich. So beträgt das Gewicht von europäischen Singvögeln z.B. Kohlmeise, Feldsperling, Blaumeise, etc. zwischen zehn und 30 Gramm (vgl. Limbrunner et al. 2001). Der Druck der von einem Vogel dieser Gattung auf einem Ast entsteht, entspricht somit weitgehend den Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006). Dadurch kann der Interpretationsspielraum bzgl. des Auflagedruckes der Hand reduziert und von Anwendern nachvollzogen werden. Rittler (2010) bezieht sich in ihrer Masterthese auf die Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006) und lässt die Hand der Untersucher mit einem Gewicht von 20 bis 30 Gramm auf den Kopf des Patienten legen. Den Aussagen insgesamt ist die Tatsache gemein, dass die palpierende Hand mit einem sanften Druck, welcher zwischen 20 und 30 Gramm liegen kann, den Kontakt zum Körper des Patienten herstellen soll.

#### **4.2.4.2 Zeitdauer für das „Global Listening“**

Es wird hierin speziell auf die Zeitdauer eingegangen, in der die Hand des Therapeuten Kontakt zum Patienten hat, um Informationen aus dem Körper im Rahmen des „Global Listening“ wahrzunehmen. Auch für diesen Bereich ist in der osteopathischen Literatur eine gewisse Varianz zu erkennen. Keine Angaben bzgl. der Zeitdauer finden sich bei Barral (2005), Barral/Mercier (2005), Liem/Dobler (2002). Des Weiteren finden sich Angaben, welche nur indirekt einen Rückschluss über die Zeitdauer zu lassen. „Widmen Sie Ihre gesamte Aufmerksamkeit dem Geschehen im Bereich der Berührung und lassen Sie sich vollkommen zu den darunter liegenden Geweben führen. Das erfordert höchste Offenheit und Konzentration, führt dann aber sehr rasch zu einer Antwort“ (Paoletti 2001:196). Dieses „sehr rasch“ könnte mit

einigen Sekunden übersetzt werden, wozu sich weitere Beschreibungen in der Literatur finden. So spricht Croibier (2006) von einigen Sekunden, Ligner (2007) und Prat (2007) von ein bis zwei Sekunden und Burch (2003) von drei Sekunden: „[...] *Within three seconds, the body will deflect slightly in some direction*“ (Burch 2003:63). Hinkelthein/Zalpour (2006) führen weniger als vier Sekunden als Zeitdauer für das „Global Listening“ an. Sie begründen diese Zeitdauer wie folgt: „*Nach ca. 4 Sekunden fällt der Patient ohne weitere Reaktion „wie ein Brett“ nach dorsal*“ (Hinkelthein/Zalpour 2006:13). Daraus kann geschlossen werden, dass es keinen Sinn macht, das „Global Listening“ länger als vier Sekunden durchzuführen, da dieses Umfallen als normale Reaktion für jeden Menschen, welcher sich mit geschlossenen Augen im Zweibeinstand befindet, beschrieben wird. Dabei handelt es sich um ein interessantes Faktum, da bei einem Gesunden die Gleichgewichtsreaktionen, welche nicht nur vom visuellen Kanal abhängen, dieses Umfallen mit geschlossenen Augen verhindern sollen (siehe Kapitel 4.2.2) und dieses auch tun. Hochschild (2002) beschreibt, dass die Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes zu Beginn des Zweibeinstandes am Größten ist und im Laufe der Zeit abnimmt. Diese Aussage bezieht sich aber auf den Stand mit geöffneten Augen und nicht, wie dies beim „Global Listening“ der Fall ist, auf den Stand mit geschlossenen Augen. So ist die Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes mit geschlossenen Augen größer als mit geöffneten Augen (vgl. Hochschild 2002). Wie viel Zeit es benötigt, dass es zu einer Abnahme der Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes kommt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Hierzu könnten sich folgende Fragen anschließen: Was wäre eine sinnvolle Zeitdauer für das „Global Listening“ und was passiert, wenn die Hand länger am Patienten platziert wird? Ab welchem Zeitpunkt geht der Test bei einer längeren Kontaktaufnahme als vier Sekunden in eine Behandlung über? Dazu finden sich interessante Aussagen in der Masterthese von Podlesnic (2006), welcher eine Reliabilitätsstudie zum „lokalen Ecoute Test“ durchführte. So wurde innerhalb dieser Studie als Zeitlimit fünf Sekunden zur Durchführung gewählt, um mögliche Therapieeffekte, welche ein längerer Handkontakt evt. hätte hervorrufen können, zu vermeiden. Im Rahmen der Auswertung der Testergebnisse wurde darauf verwiesen, dass auf Grund der Stresssituation für die Tester, dieses Zeitlimit zu strikt gewählt war und daher eine Verlängerung des Zeitlimits sinnvoll gewesen wäre (vgl. Podlesnic 2006). Rittler (2010) verwendete in Anlehnung an die Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006), für ihre Reliabilitätsstudie

eine Zeitdauer von vier Sekunden. Inwieweit eine Verlängerung der Verweildauer der Hand zu einem Umfallen, wie dies Hinkelthein/Zalpour (2006) beschreiben, oder zu einem Therapieeffekt führt, kann nicht eindeutig beantwortet werden.

Als Resümee aus der Literaturlaufarbeitung kann festgehalten werden, dass eine Zeitdauer von eins bis fünf Sekunden, d.h. von wenigen Sekunden für das „Global Listening“ aufgewendet werden sollen. Allerdings finden sich bzgl. Zeitdauer für das „Global Listening“ keine wissenschaftlichen Studien, sodass die Auswirkungen einer längeren Verweildauer der Hand, so wie dies Podlesnic (2006) im Resümee seiner Mastthese formulierte, nicht abgeschätzt werden können.

#### **4.2.4.3 Zeitpunkt der Durchführung**

Auf Grund der in der Literatur gemachten Angaben zur Thema Diagnosestellung in der Osteopathie, sind sich die Autoren dahingehend einig, dass zuerst die Anamnese aufgenommen werden soll und dann, nachdem der Patient sich entkleidet hat, eine Inspektion in der Ausgangsstellung Stand erfolgen soll. Im Hinblick auf den Durchführungszeitpunkt für den „Global Listening Test“ findet sich dieser bei Liem/Dobler (2002) in der Ausgangsstellung Stand eingebettet zwischen Inspektion und den aktiven Wirbelsäulentests. Ähnlich beschreiben dies Hinkelthein/Zalpour (2006), bei denen sich das „Global Listening“ nach der Inspektion und der Thermodiagnostik, noch vor der Palpation und den aktiven Bewegungstests in der Ausgangsstellung Stand findet. *„Die ersten Ecoute-Tests basieren auf der Spontanreaktion des Patienten. Sie sollten daher am Anfang, noch bevor die Mechanik durch eine bestimmte Position besonders beansprucht wurde, ausgeführt werden. Die mechanischen Tests sind invasiver und stören für einen kurzen Augenblick das tiefe Gleichgewicht der Gewebe. Sie sollten daher nach den Ecoute-Tests und in den verschiedenen Positionen durchgeführt werden“* (Croibier 2006:213). Insofern herrscht in der Literatur bzgl. Durchführungszeitpunkt des „Global Listening“ Einigkeit. Das spiegelt sich teilweise in den Aussagen der Interviewpartner wieder, wobei sich ebenso davon abweichende Angaben finden (siehe Kapitel 6.4.4.3).

#### **4.2.5 Faktoren für Veränderung**

In der einschlägigen osteopathischen Literatur wird explizit darauf verwiesen, dass es Jahre an Erfahrung braucht um immer feinere Informationen aus dem Körper des Patienten wahrzunehmen bzw. interpretieren zu können. *„Manchen Therapeuten*

*gelingt es, nach vielen Jahren Praxis, eine Vielzahl sehr subtiler Informationen durch die globalen und regionalen Ecoute-Tests zu erspüren. Wir laden den Leser zu größter Vorsicht ein und fordern ihn auf, den Zeitfaktor bei der Benutzung dieser Tests nicht zu vergessen“* (Croibier 2006:213). Auf diesen Zeitfaktor weist auch Paoletti (2001) hin wenn er davon spricht, dass der Therapeut viel Erfahrung benötigt um mit Hilfe des „Global Listening“ fasziale Beeinträchtigungen auf Distanz erspüren zu können. Beiden Autoren gemeinsam ist die Tatsache, dass dieser Test viel Erfahrung vom Anwender verlangt und dass mit ihrer Zunahme viele subtile Informationen aus dem „Global Listening“ gewonnen werden können. Die Erfahrung bezieht sich unter anderem auf die Schulung der Hand als Sensor. *„Das wichtigste Tastorgan ist die Haut an der Palmarseite der Hand; das beste Auflösungsvermögen findet sich in den Fingerspitzen“* (Schmidt 1998:221). Wie schon in Kapitel 3.3.3 dargestellt, steht dem Menschen eine Vielzahl an unterschiedlichen Rezeptoren für die taktile und haptische Wahrnehmung zur Verfügung. Die Anzahl der Rezeptoren ist von Körperregion zu Körperregion unterschiedlich und weist gerade im Bereich der Finger eine sehr hohe Dichte auf. Alles zusammen lässt uns mit den Händen die Umwelt wahrnehmen und von dieser, mit Hilfe aller anderen Sinneskanäle, ein Abbild schaffen. Nur ein Bruchteil aller aus der Umwelt aufgenommenen Informationen gelangen in unser Bewusstsein, der Rest wird entweder unbewusst verarbeitet oder gar nicht verwendet (vgl. Silbernagel/Despopoulos 2007). Beim Tastsinnessystem handelt es sich um ein einzigartiges System, wofür es kein adäquates Parallelsystem gibt, welches für jeden manuell tätigen Therapeuten die Basis seines täglichen Handelns darstellt und innerhalb dieses täglich ein Stück weit geschult und verfeinert wird. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass von Croibier (2006) und Paoletti (2001) darauf verwiesen wird, dass der Zeitfaktor beim Erlernen und der Interpretation des „Global Listening“ eine wesentliche Rolle spielt. Dass dieses viel Übung verlangt, oft Jahre dauern kann und wahrscheinlich nie abgeschlossen ist, ist nachvollziehbar. Rittler (2010) konnte keine, Podlesnic (2006) nur vereinzelt Osteopathen mit mehr als fünf Jahren Erfahrung (fünf Jahre nach Abschluss der Osteopathieausbildung) für deren Reliabilitätsstudie gewinnen. So merkt Podlesnic (2006) bzgl. der Erfahrung der Osteopathen an, dass bei jenen, welche schon länger ihre Ausbildung zum Osteopathen abgeschlossen hatten, zwar keine signifikanten Ergebnisse erreicht wurden, aber eine Tendenz dahingehend abzulesen ist, dass eine höhere intraindividuelle Verlässlichkeit erreicht wurde. Wobei die Ergebnisse der

Intrarater-Reliabilität von zufälliger bis maximal mittelmäßiger Übereinstimmung reichen. Rittler (2010) konnte für ihre Reliabilitätsstudie zum „Global Listening“ keine Osteopathen mit mehrjähriger Erfahrung gewinnen, alle Tester hatten ihre Ausbildung zum Osteopathen ein halbes Jahr vor dem Untersuchungszeitpunkt abgeschlossen, sodass unklar ist inwieweit dieser Faktor einen Einfluss auf das Ergebnis dieser Studie hatte.

### **4.3 Interpretation des Global Listenings**

In einem ersten Schritt soll die Theorie zum Thema „Testobjektivität“, im Speziellen der „Interpretationsobjektivität“ und in einem zweiten Schritt, die in der Literatur beschriebenen Interpretationsmöglichkeiten dargestellt werden.

#### **4.3.1 Interpretationstheorie – Begriff Objektivität**

Mit dem Begriff Testobjektivität soll erfasst werden, in welchem Grad das Ergebnis eines Tests unabhängig vom Untersucher ist. Im Allgemeinen wird ein Test dann als objektiv bezeichnet, wenn er reliabel und valide ist. So wird bei einem reliablen und validen Testergebnis von einem objektiven Testergebnis gesprochen. Alle drei Parameter werden im Begriff „Gütekriterien“ zusammengefasst. Der Begriff der Objektivität wird auf die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität eingegrenzt. *„Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind eine notwendige Voraussetzung für die Reliabilität eines Tests“* (Schelten 1997:124). Bei der Interpretationsobjektivität handelt es sich um ein Kriterium, welches über die Validität eines Tests entscheidet. So sollen Aussagen, welche an Hand der Testergebnisse gemacht werden, unabhängig vom Untersucher sein, andernfalls kann der Test nicht als valide bezeichnet werden (vgl. Bortz/Döring 2006, Schelten 1997). Die Interpretationsobjektivität reicht alleine jedoch noch nicht aus um über die Validität eines Tests zu entscheiden, dazu werden auch Gütekriterien wie Durchführungs- und Auswertungsobjektivität benötigt (vgl. Bortz/Döring 2006, Schelten 1997).

Zusammengefasst ergibt dies folgende Bedingung: Die Reliabilität eines Tests ist eine notwendige Voraussetzung für die Validität eines Tests, aber eben nicht die alleinige Voraussetzung. Dafür benötigt es auch das Gütekriterium der Objektivität, was in Abbildung 2 veranschaulicht werden soll.

Durchführungsobjektivität:

Durchführungsobjektivität ist dann gegeben, wenn die äußeren Bedingungen der Testsituation für alle Testpersonen gleich sind und die Anweisungen des Testautors gleich sind. Den Anweisungen ist genau Folge zu leisten. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, dann wird von standardisierten Bedingungen für die Testdurchführung gesprochen (vgl. Bortz/Döring 2006, Schelten 1997).

Auswertungsobjektivität:

Diese ist dann gegeben, wenn das Auswertungsergebnis bei einem Test unabhängig davon ist, welche Person den Test auswertet. Dazu ist es notwendig, dass der Testautor präzise Auswertungsanweisungen gibt, wenn er sicherstellen möchte, dass ein anderer Tester zu dem gleichen Auswertungsergebnis kommt (vgl. Schelten 1997). Die Auswertung eines Tests „[...] muss von der Person des Auswerters unbeeinflusst sein“ (Bortz/Döring 2006:195).

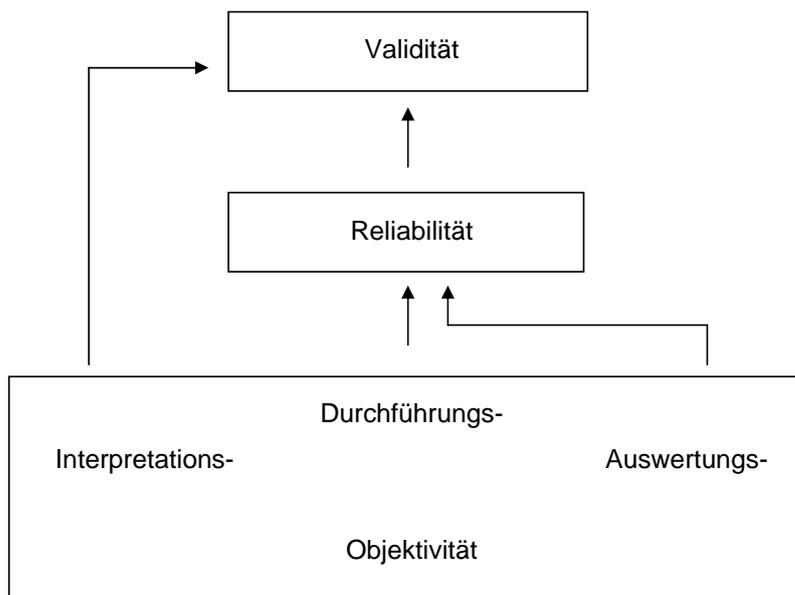


Abb. 2: Beziehung zwischen Objektivität, Reliabilität und Validität eines Tests (Schelten 1997:125)

Interpretationsobjektivität:

„Diese liegt dann vor, wenn zwei Beurteiler unabhängig voneinander aus dem gleichen Auswertungsergebnis den gleichen Schluß ziehen“ (Schelten 1997:126). Dass heißt, dass unabhängig von den Beurteilern das Auswertungsergebnis auf die-

selbe Art und Weise interpretiert werden muss und nicht die individuellen Deutungen der Tester mit einfließen dürfen (vgl. Bortz/Döring 2006). Bei nicht standardisierten Tests wird der Unterschied zwischen Auswertungs- und Interpretationsobjektivität offensichtlich. So kann es sein, dass das Auswertungsergebnis objektiv ermittelt wurde, allerdings die Interpretation dann von Tester zu Tester unterschiedlich ausfällt, da keine definierten Normen, d.h. keine Richtlinien für die Interpretation der Ergebnisse, vorliegen (vgl. Schelten 1997).

Im Folgenden Kapitel ist vor allem die Interpretationsobjektivität von Interesse, da hierbei zu erkennen sein wird, dass die Auswertungsergebnisse nur zum Teil in gleicher Art und Weise interpretiert werden. Da die Interpretationsobjektivität für die Validität eines Tests von Bedeutung ist, kann auf Grund dieser eine Aussage über die Validität eines Tests getroffen werden (siehe Kapitel 4.1).

#### **4.3.2 Interpretation – Literaturlaufarbeitung**

Innerhalb dieses Kapitels wird auf die Interpretation der Testergebnisse aus dem „Global Listening“ eingegangen. Dabei handelt es sich wohl um das spannendste Moment, denn erst durch die Interpretation der aus dem „Global Listening“ gewonnenen Informationen, wird ein verwertbares Ergebnis für die osteopathische Befundaufnahme generiert. Dies soll an einem Beispiel veranschaulicht werden: Das Vorbeugen des Oberkörpers des Patienten kann als Reaktion auf ein viszerales Problem interpretiert werden. Diese gewonnene Erkenntnis wird den Osteopathen dazu veranlassen, die Viszera in weiterer Folge genauer zu testen bzw., falls es keine Angaben in der Anamnese zu Organproblemen gab, noch einmal genauer dazu nachzufragen. Die Interpretation des Testergebnisses aus dem „Global Listening“ hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, wie aus der Literaturlaufarbeitung zu erkennen sein wird. Allgemein sind alle aus dem Befundungsprozess gewonnene Erkenntnisse so lange bedeutungslos bis sie, bezogen auf das Individuum, interpretiert werden und somit zu einer neuen Erkenntnis führen. So verweist schon Mayer-Fally (2007) auf die Bedeutung von Wissen, der Fähigkeit der Kognition (die Fähigkeit auf Daten und Zusammenhänge zurückgreifen zu können), der Selbstreflexion und auf den verantwortungsvollen Umgang mit Informationen für den Befundungsprozess. Für die Gewinnung von Informationen ist es notwendig, dass der Therapeut diese zuerst wertfrei aufnimmt, dann interpretiert und in weiterer Folge verarbeitet. Erst dadurch werden die gewonnenen Informationen nutzbar gemacht.

„Nutzbar machen kann aber auch bedeuten die Informationen als nicht nutzbar zu erkennen und zu verwerfen, zu speichern um später darauf zurück zu greifen oder die Informationen durch Schlussfolgerungen erst nutzbar zu machen“ (Mayer-Fally 2007:20). Es handelt sich dabei um einen sehr dynamischen Prozess, der ständigen Veränderungen unterworfen ist, da sich ja nicht nur das klinische Wissen verändert, sondern auch der persönliche Erfahrungsschatz des Osteopathen einer ständigen Veränderung unterliegt. Dies gilt nicht nur für den Befundungsprozess in seiner Gesamtheit, sondern kann für jeden einzelnen Schritt innerhalb dieses Prozesses Anwendung finden. Das heißt, die vorhin genannten Schritte können für das „Global Listening“ geltend gemacht werden und es wird in der Aufarbeitung der Literatur und der Interviews zu erkennen sein, dass es sehr vielfältige Interpretationsmöglichkeiten des Wahrgenommenen gibt.

#### **4.3.2.1 Dysfunktionen im parietalen Bereich**

Dazu werden im Folgenden die von Hinkelthein/Zalpour (2006) festgehaltenen Wahrnehmungsqualitäten aufgelistet. Diese stellen die Diskussionsgrundlage für alle anderen in der Literatur dazu gemachten Aussagen dar.

„*Extension:*

*Das Problem liegt dorsal, daher fällt der Patient nach hinten. Je weiter sich der Patient nach hinten neigt, desto weiter caudal liegt das Problem*

*Seitneigung:*

*Das Problem liegt auf der Seite, zu der sich der Patient neigt. Je mehr sich der Patient zur Seite neigt, desto weiter caudal liegt das Problem“*

(Hinkelthein/Zalpour 2006:13)

Interpretation der Extension:

Für die Extension besteht in der Literatur einhellig die Meinung, dass diese auf ein parietales Problem hinweist, welches die Wirbelsäule, das Becken oder die unteren Extremitäten betreffen kann (vgl. Liem 1998, Ligner 2007, Prat 2007). „*A posterior pull indicates a spinal or dural problem*“ (Lossing 2002:1079). Croibier (2006) beschreibt in besonderer Art und Weise noch Dysfunktionen des Sakrums, welche eine große Bewegung initiieren, eine Tendenz zum Opisthotonus zeigen, so als ob die Rückseite des Kopfes das Sakrum berühren möchte. Für die Wahrnehmungsqualität Extension können laut Croibier (2006) aber auch Stoffwechselstörungen von Leber

und Niere verantwortlich gemacht werden. Dazu näheres unter Kapitel 4.3.2.2, welches sich mit Dysfunktionen den viszeralen Bereich betreffend beschäftigt.

Interpretation der Seitneigung:

Bei der Seitneigung finden sich neben der Tatsache, dass sich die Dysfunktion auf der Seite befindet, zu der sich der Patient neigt, in der Literatur noch weitere Angaben, welche auf Grund des Ausmaßes des Bewegungsauschlages, die Dysfunktionshöhe präzisieren. Beispielsweise finden sich dann Aussagen wie, bei einem kleinen Bewegungsausschlag liegt die Dysfunktion auf Höhe der Halswirbelsäule, bei einem größeren Bewegungsausschlag auf Höhe der Brustwirbelsäule. Je weiter kaudal die Läsion liegt, desto schwieriger wird es zu unterscheiden ob das Becken oder die untere Extremität betroffen ist (vgl. Barral 2005, Ligner 2007). Barral/Mercier (2005) führen dezidiert an, dass bei einer deutlichen Seitneigung zu einer Seite und gleichzeitiger Verlagerung des Gewichtes auf den Fuß dieser Seite, es sich um eine Dysfunktion in der unteren Extremität handelt. Croibier (2006) beschreibt in der Ausgangsstellung Sitz eine weitere Differenzierungsmöglichkeit für die Seitneigung. *„Wenn die Seitneigung beim Ecoute-Test im Sitzen besonders stark ist, ja fast eine Einrollbewegung um das Ischion ist, dann deutet dies entweder auf eine große somatische Dysfunktion oder auf die Folgen orthopädischer Probleme in den unteren Extremitäten auf der Seite des betroffenen Sitzbeins hin“* (Croibier 2006:215). So ist nicht immer einfach feststellbar, ob eine Seitneigung mit Vorneigung des Oberkörpers in der Ausgangsstellung Stand, eindeutig auf eine Dysfunktion im rechten Unterbauch oder in der rechten unteren Extremität hinweist (vgl. Barral 2005). Barral (2005) bietet eine Hilfestellung für die weitere Differenzierung des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ an: *„Beim Test im Sitzen sind die Beine entspannt und ohne Einfluss auf den restlichen Körper. Wenn die Ergebnisse des allgemeinen Ecoute-Tests im Sitzen unverändert bleiben, können Sie von einer Läsion im Abdominalbereich ausgehen. Wenn die Ergebnisse sich im Sitzen aber völlig verändern oder sogar normal werden, dürfte die Läsion im Bereich der unteren Extremität zu finden sein“* (Barral 2005:8). Ist die Seitneigung hingegen mit einer Flexion und evt. Rotation kombiniert, so weist dies auf ein viszerales Problem hin. Anscheinend kann aber auch eine alleinige Seitneigungskomponente auf ein viszerales Problem hinweisen: *„A lateral pull indicates a problem in the extremities, or the paired bilateral viscera“* (Lossing 2002:1079). Die Wahrnehmungsqualitäten bei viszeralen Dysfunktionen

werden noch näher im nachfolgenden Kapitel beschrieben. Des Weiteren kann es sein, dass bei Problemen im Bereich des thorakolumbalen Übergangs (Übergang von der Brustwirbelsäule zu Lendenwirbelsäule), der Therapeut eine unklare Information aus dem „Global Listening“ erhält. Sie zeigt sich derart, als ob der Körper nicht wüsste, wo er hin soll. Obwohl es sich um eine Dysfunktion im parietalen System handelt, findet sich keine eindeutige Seitneigungs- und / oder Extensionsbewegung (vgl. Ligner 2007).

#### **4.3.2.2 Dysfunktionen im viszeralem Bereich**

Hinkelthein/Zalpour (2006) hielten dazu folgende Wahrnehmungsqualitäten fest.

*„Flexion:*

*Das Problem liegt ventral, daher fällt der Patient nach vorne. Je weiter sich der Patient nach vorne neigt, desto weiter caudal liegt die Problematik*

*Rotation:*

*Die Rotation verstärkt das Ausmaß der Flexion/Extension/Seitneigung. Je weiter die Problematik von der craniocaudalen Rotationsachse entfernt ist, desto mehr Rotation entsteht.*

*Stehen bleiben:*

*Zeigt der Patient eine stabile Position, die meist mit einer leichten Flexion, z.T. auch Seitneigung kombiniert ist, so liegt das Problem ventral subdiaphragmal“*

(Hinkelthein/Zalpour 2006:13)

Interpretation der Flexion:

Eine weitere Differenzierung in der Interpretation für Flexion lautet wie folgt: *„Wenn die Gewebe ein Flexionsmuster beschreiben, deutet dies eher auf ein Problem auf der Körpervorderseite hin, häufig in Verbindung mit dem viszeralem System“* (Croibier 2006:215). *„Ein Zug nach anterior weist auf eine viszerale Dysfunktion im Thorax, Abdomen oder kleinen Becken hin“* (Liem/Dobler 2002:82). *„[...] an anterior pull can be from visceral restriction, anterior rib, or sternal problem“* (Lossing 2002:1079). Andere Autoren sprechen dann von einer viszeralem Problematik, wenn eine Kombination von Flexion, Seitneigung und Rotation vorliegt, wobei extra darauf verwiesen wird, dass bei zentral liegenden Organen wie Pankreas, Blase, Uterus die Flexionskomponente deutlicher als die anderen Bewegungskomponenten ausgeprägt ist (vgl. Ligner 2007, Prat 2007).

Interpretation der Rotation:

Für die Rotation finden sich entweder keine oder sehr präzise Angaben, welche dezidiert auf die Dysfunktion eines Organs hinweisen. Es werden Bewegungsmuster beschrieben, welche für bestimmte Organe typisch sind:

Leberdysfunktion:

„[...] Rotation nach links / Seitneigung nach rechts und Flexion weisen auf eine Leberdysfunktion hin“ (Ligner 2007:2). Liem/Dobler (2002) beschreiben dieses Muster ebenso für eine Leberdysfunktion, wohingegen Prat (2007) noch Variationen dessen angibt. So sollte sich bei einem metabolischen Problem der Leber beim „Global Listening“ folgendes Muster einstellen: „Rotation nach rechts / Seitneigung nach rechts / Extension“. Findet sich jedoch eine Rotation nach rechts / Seitneigung nach rechts / Flexion, dann handelt es sich um ein strukturelles Problem der Leber und der Osteopath soll sein Augenmerk auf die Aufhängung der Leber legen (vgl. Prat 2007).

Nierendysfunktion:

Hier gehen die Meinungen der Autoren bzgl. wahrnehmbarer Bewegungsmuster teilweise auseinander, wobei die Ursache dafür in den persönlich gemachten Erfahrungen zu suchen sein dürfte. Laut Prat (2007) kann eine Nierendysfunktion mit einer Extension / Rotation und Seitneigung zur selben Seite einhergehen. Croibier (2006) beschreibt als paradoxe Reaktion eine Extension bei Stoffwechselstörungen in den Nieren und/oder der Leber. Hingegen beschreibt Ligner (2007) bei einer Nierendysfunktion eine Flexion/ Seitneigung nach rechts / Rotation nach links bei einer Nierendysfunktion rechts. Zur Unterscheidung zu einer Leberdysfunktion wird hier noch angemerkt, dass der Osteopath das Gefühl hat, dass das Ileum auf der Seite der Nierendysfunktion nach vorne gezogen wird. Für die linke Seite findet sich genau die umgekehrte Kombination von Rotation und Seitneigung. Als weitere Wahrnehmung wird bei retroperitoneal liegenden Organen beschrieben, zu denen die Nieren zählen, dass die fühlende Hand des Therapeuten am Kopf des Patienten einen Zug in Richtung der zentralen Achse des Körpers wahrnimmt (vgl. Liem/Dobler 2002).

Magendysfunktion:

„[...] Flexion/Seitneigung nach links/Rotation nach rechts → allerdings oft mehr

*Rotation zu spüren [...]“ (Ligner 2007:3).*

Dysfunktion subdiaphragmal:

Dazu beschreiben Hinkelthein/Zalpour (2006) die Wahrnehmung „stehen bleiben“, d.h. dass der Patient keinen Bewegungsausschlag zeigt. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre, dass es sich um sehr zentral liegende Organe unterhalb des Diaphragmas handelt z.B. Duodenum, Pankreas, welche bei einer Dysfunktion keinen Bewegungsausschlag initiieren (vgl. Liem/Dobler 2002). Allerdings finden sich dazu keine weiteren Aussagen in der osteopathischen Literatur.

Bei diesen detaillierten Beschreibungen handelt es sich um Angaben von sehr erfahrenen Osteopathen (vgl. Ligner 2007, Prat 2007), welche sich seit vielen Jahren, neben ihrer praktischen Tätigkeit als Osteopathen, der Lehre verschrieben haben und hierbei ihre Erfahrungen aus der täglichen osteopathischen Praxis einbringen.

#### **4.3.2.3 Dysfunktionen im kraniosakralen Bereich**

*„Einsinken:*

*Der Patient scheint in sich zusammenzusinken, wenn eine Problematik im kranialen Bereich vorliegt. Ist das „Schrumpfen“ mit einer Rotation kombiniert, so ist die Ursache meist eine Torsion der spinalen Dura mater“ (Hinkelthein/Zalpour 2006:13)*

Interpretation der Wahrnehmung „einsinken“:

Die Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006) finden teilweise ihre Bestätigung bei Croibier (2006) und Liem/Dobler (2002), welche bei einer ähnlichen Wahrnehmungsqualität auf eine Dysfunktionen im kraniosakralen System rückschließen. Es wird im Folgenden zu erkennen sein, dass es sich dabei nicht um die einzige Interpretationsmöglichkeit handelt. So wird beschrieben, dass der Therapeut das Gefühl hat mit der *„[...] Hand am Kopf nach innen gezogen zu werden“* (Croibier 2006:215). Gleiches beschreiben Liem/Dobler (2002), allerdings geben beide mehrerer Deutungsmöglichkeiten dafür an. So könnte diese Wahrnehmung einerseits auf eine viszerale Dysfunktion von zentral liegenden Organen hinweisen, andererseits auf eine Dysfunktion im Bereich der zentralen vertikalen Faszienkette hinweisen. Croibier (2006) gibt noch weitere Interpretationsmöglichkeiten für diese Wahrnehmung an. *„Eine Fixierung der Dura mater spinalis, der Nervenwurzel oder der peripheren Nerven erzeugt ein ähnliches Gefühl, oftmals hat man dabei den Eindruck,*

*dass die Wirbelsäule auf einer Seite in sich zusammensinkt. Es kann sich aber auch um eine Fixierung der tiefen myofaszialen Ketten des Rumpfes handeln, die mit dem Begriff Zentralsehne bezeichnet wird“ (Croibier 2006:215). Auf die Dura mater spinalis verweisen ebenso Hinkelthein/Zalpour (2006), allerdings dann in Kombination mit einer Rotation. Ob der Begriff „Zentralsehne“ ident mit den vertikalen zentralen Fasziengketten ist, geht aus den Angaben dazu nicht hervor. Hierzu könnte die Beschreibung der „Zentralen Sehne“ aus dem Bereich der kraniosakralen Osteopathie Klarheit schaffen. „Als zentrale Sehne werden die faszialen und muskulären Strukturen bezeichnet, die eine Verbindung herstellen zwischen dem Centrum tendineum des Beckenbodens und Tuberculum pharyngeum der Schädelbasis“ (Liem 1998:375). Infolge dieser Interpretation dürften Liem/Dobler (2002) und Croibier (2006) von ein und derselben Struktur sprechen, welche bei einer Dysfunktion dem Osteopathen das Gefühl vermitteln, mit seiner Hand in den Körper hinein gezogen zu werden. An Hand dieser Auflistung an Interpretationsmöglichkeiten für die oben genannte Wahrnehmung, lässt sich die Komplexität dieses Themas erkennen. Es dürften die persönlich gemachten Erfahrungen jedes einzelnen der genannten Autoren hier mit einfließen und es bedarf höchstwahrscheinlich jahrelanger Übung, um die genannten Strukturen im Rahmen des „Global Listenings“ differenzieren zu können.*

#### **4.3.2.4 Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich**

Interpretation der Wahrnehmung „Umfallen“:

Dabei handelt es sich um eine Wahrnehmung, welche bis jetzt noch nicht angesprochen wurde. Es finden sich dazu nur vereinzelt Aussagen in der osteopathischen Literatur. Dies ist umso erstaunlicher, da es sich beim „Global Listening“ um einen allgemeinen osteopathischen Test handelt, welcher dafür prädestiniert wäre, unter anderem Dysfunktionen auf der Ebene der Psyche, des emotionalen Befindens wahrzunehmen. Es werden Wahrnehmungen, welche auf eine psychoemotionale Beteiligung schließen lassen, im Rahmen des „Global Listenings“ nur kurz am Rande angesprochen, ohne näher darauf einzugehen. *„Interessant ist, dass bei deprimierten Personen die Faszien im Allgemeinen mit betroffen sind. Bei diesen Patienten ist besondere Vorsicht geboten, da sie leicht nach rückwärts fallen. Sie sollten jederzeit darauf vorbereitet sein, um den Patienten gegebenenfalls auffangen zu können“* (Paoletti 2001:198). Prat (2007) beschreibt bei psychischen Problemen ein Umfallen, allerdings nach vorne und zwar in der Art, dass es sein kann, dass der Patient wie

eine „Latte“ nach vorne umfällt. Barral (2007) beschäftigte sich viele Jahre intensiv mit dem Zusammenhang zwischen Organdysfunktionen und Emotionen und hat daraus eine Art Zuordnungsliste entwickelt. Im Folgenden einige Beispiele dazu: *„Die Leber ist der Ort tiefer Emotionen, die den Kern der Persönlichkeit betreffen, das tiefe Selbst, das die persönliche Entwicklung prägt. Die Gallenblase und der Magen reagieren auf Stresssituationen aus der Umwelt, wie Konfrontationen und Spannungen im Beruf oder in der Beziehung, die sich in Wut oder Frustration zeigen können. Die Bauchspeicheldrüse reagiert auf unüberwindliche Trauer, beispielsweise über den Verlust einer sehr nahe stehenden Person, den man nicht akzeptieren kann“* (Barral 2007:27). Weitere ausführliche Zuordnungen finden sich bei Barral (2004), wo für jedes Organ eine Entsprechung auf psychischer Ebene, emotionaler Ebene und Verhaltensebene angeführt wird und beispielsweise wie folgt lautet: *„[...] Leber – allergieanfällig, arrogant, tadelnd / Schuld zuweisend, wiederkehrende Gewaltausbrüche, tiefe Kraft / Energie, tiefe Frustration, „tiefes Selbst“, Existenzangst, Identifikation mit anderen, inneres Bild (Imago), Schlafstörungen, geistige Kraft, introvertiert, geringes Selbstwertgefühl, moralische Stärke, Selbstüberschätzung, verbietet, Wut, Groll, rigide, traurig, selbsterstörerisch, gedankenlos“* (Barral 2004:124). In Zusammenhang damit verweist er dezidiert auf die Möglichkeit, mit Hilfe des „Global Listenings“ in das Gebiet des betroffenen Organs geführt zu werden. In welcher Art und Weise das passiert, d.h. was der Osteopath dabei wahrnimmt, ob es sich dabei um die bei den einzelnen Organen beschriebenen Wahrnehmungsqualitäten handelt oder andere, geht aus seinen Anmerkungen nicht hervor. Upledger (1999) spricht davon, dass jedem Organ unterschiedliche emotionale Befindlichkeiten, Gefühle zugeordnet werden können, welche er einerseits mit Hilfe seiner Hände aufspüren und andererseits mit diesen therapeutisch lösen kann. Ligner (2007) beschreibt ein Umfallen nach einem Trauma in der Art, *„[...] dass der Patient plötzlich als Ganzes nach vorne kippt“* (Ligner 2007:2), wenn das Trauma von vorne auf den Patienten eingewirkt hat, da dann die Spannung der anterior liegenden Muskulatur erhöht ist, wie dies z.B.: bei einem Autounfall der Fall wäre. Falls jedoch das Trauma z.B. von rechts posterior auf den Patienten eingewirkt hätte, so würde der Patient in Folge nach rechts posterior fallen, da die Spannung der rechts posterior liegenden Muskulatur erhöht wäre. Dazu sei an dieser Stelle angemerkt, dass Traumata nicht nur physischer sondern auch psychischer Natur sein können. Inwieweit diese zur gleichen Reaktion führen, d.h. dass der Patient beim „Global Listening“ dann nach

vorne oder nach hinten umfällt, kann auf Grund der von Ligner (2007) gemachten Aussagen nicht beantwortet werden. Prat (2007) beschreibt ein nach vorne Kippen des Patienten mit Flexion im Rumpf und verweist darauf, dass es sich dann doch eher um ein viszerales Problem handelt. Es könnte aber auch sein, dass „[...] ein Kippen des Patienten als Ganzes nach vorne auf einen anterioren Haltungstyp und ein Kippen des Patienten als Ganzes nach hinten auf einen posterioren Haltungstyp hinweist“ (Prat 2007:1). Die Interpretation einer psychischen Problematik findet sich hierin nicht, d.h. sie wird bei der Wahrnehmung „Umfallen“ dezidiert nicht angesprochen.

Zusammenfassend können für den parietalen Bereich als gemeinsame Wahrnehmungsqualität Extension und/oder Seitneigung festgehalten werden. Für den viszeralen Bereich kann als kleinster gemeinsamer Nenner als Wahrnehmungsqualität eine Flexion festgehalten werden. Inwieweit diese mit einer Rotation und/oder Seitneigung kombiniert ist und für welches Organ diese stehen, kann von Autor zu Autor unterschiedlich sein und dürfte auf die jeweils persönlich gemachten Erfahrungen zurück zu führen sein. Des Weiteren wird für den viszeralen Bereich die Wahrnehmungsqualität „stehen bleiben“ beschrieben, welche sich teilweise in der Literatur wieder spiegelt und einen Rückschluss auf zentral liegende Organe zulässt. Im Hinblick auf den kraniosakralen Bereich kann als Gemeinsamkeit die Wahrnehmungsqualität „einsinken“ bzw. „nach innen gezogen“ werden festgehalten werden. Allerdings bestehen für beide Wahrnehmungsqualitäten auch andere Deutungsmöglichkeiten, sodass auch hierbei die persönlich gemachten Erfahrungen eine nicht unwesentliche Rolle spielen dürften. Für den psychoemotionalen Bereich kann die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“ festgehalten werden. Ob es sich dabei um ein Umfallen nach vorne oder nach hinten handelt, geht nicht eindeutig aus den Angaben der Literatur hervor. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass beide Wahrnehmungen auch anderen Dysfunktionsbereichen zugeordnet werden. So könnte z.B. ein Umfallen nach vorne auf einen anterioren und ein Umfallen nach hinten auf einen posterioren Haltungstyp hinweisen. Im Hinblick auf die Validität des „Global Listening“ ist die Interpretationsobjektivität eher als gering einzustufen, da mit Ausnahme des parietalen Bereiches sehr individuelle Interpretationsmöglichkeiten für die verschiedenen Wahrnehmungsqualitäten und Dysfunktionsbereiche genannt werden.

#### **4.4 Kontaktaufnahme zu den Geweben**

Es wird der Kontaktaufnahme des Therapeuten mit seiner Hand zum Körper des Patienten in der Literatur viel Aufmerksamkeit geschenkt. Wobei in diesem Zusammenhang nicht der Ort und der Auflagedruck der Hand gemeint sind, sondern es wird dabei eine tiefere Ebene angesprochen (siehe Kapitel 3.1). Es geht um die Einstimmung auf den Patienten, um eine Art Ritual, um ein behutsames Begrüßen der Gewebe des Patienten. *„Man muss dem Patienten und seinen Geweben mit viel Respekt entgegentreten und so handeln, als bitte man das Gewebe um Erlaubnis, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen“* (Paoletti 2001:196). *„Es geht nicht darum, zu wissen was das Gewebe braucht, sondern zuzuhören, sich auf das Gewebe einzustimmen, mit ihm in Kontakt zu treten,...“* (Liem 1998:270). Es wird davon gesprochen, wie wichtig ein guter Therapeuten – Patientenkontakt für die Durchführung des „Global Listening“ ist und das der Osteopath eine mentale Verbindung zu den Geweben herstellen soll. Dazu finden sich in der osteopathischen Literatur Begriffe wie *„[...] Identifizierung, Resonanz und Gegenübertragung“* (Riedl/Schleupen 2010:224). Diese behutsame, fast liebevoll ausgeführte Berührung, scheint eine wesentliche Voraussetzung zu sein, um die in den Geweben gespeicherten Erinnerungen wahrnehmen zu können. Croibier (2006) spricht in diesem Zusammenhang von charakteristischen Eigenschaften wie Wertschätzung, Empathie und Wohlwollen. Wissenschaftliche Erklärungsmodelle hierfür finden sich in der Erforschung der Spiegelneurone. Näheres ist dazu in Kapitel 6.3.1.2 zu finden, innerhalb dessen eine Auseinandersetzung mit der ärztlichen / therapeutischen Intuition stattfindet. Für einen guten Handkontakt sind oben genannte Faktoren bedeutsam, da sonst die Gewebe des Patienten erschrecken könnten und es dem Therapeuten unter diesen Umständen kaum möglich ist, vom Körper des Patienten Informationen zu erhalten (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Paoletti 2001). Daher wird der Art und Weise der Kontaktaufnahme so viel Bedeutung beigemessen, da ohne diese Einstimmung auf die Gewebe des Patienten kein effektives „Zuhören“, „Listening“ möglich ist.

#### **4.5 Zusammenfassung**

Aus der Literatur ergibt sich als Ausgangsstellung für das „Global Listening“ mehrheitlich die Position Stand und/ oder Sitz und nur selten die Position Rückenlage. Hinzu kommen unterschiedliche Kombinationen von Ausgangsstellungen, so kann es sein, dass dieser Test in der Ausgangsstellung Stand und Sitz, oder nur in der Aus-

gangsstellung Stand, oder nur in der Ausgangsstellung Sitz, oder in der Kombination Stand und Rückenlage durchgeführt wird. In der Ausgangsstellung Rückenlage werden vor allem so genannte „lokale Ecoute Tests“ bzw. „segmentale Ecoute Tests“ durchgeführt. Paoletti (2001) beschreibt allerdings in der Ausgangsstellung Rückenlage neben „Ecoute Tests“ auch so genannte „globale Ecoute Tests“ für die oberen / unteren Extremitäten und für den Schultergürtel. Die Rückenlage wird von allen anderen Autoren zur Durchführung dieses Tests nicht erwähnt oder dezidiert ausgeschlossen. Als Begründung für das Weglassen der Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung eines „Global Listening“ wird der Wegfall der Schwerkraft angeführt, da der Körper des Patienten an zu vielen Stellen abgestützt ist (vgl. Barral 2005). Es scheinen keine fixen Regeln bzgl. der Wahl der Ausgangsstellung etabliert zu sein, sodass es Jedem selbst überlassen ist, welche Position er für das „Global Listening“ wählt. Bzgl. der Körperhaltung des Patienten finden sich für die Ausgangsstellung Stand keine Angaben. Einzig und allein zur Standspurbreite finden sich vereinzelt Aussagen. Diese reichen von normaler Standspurbreite bis leicht gespreizt bzw. leicht gegrätscht. Es wird dem Patienten sehr viel individueller Freiraum betreffend seiner Körperhaltung eingeräumt. Da die Standspurbreite in direktem Zusammenhang mit der Gleichgewichtslage in der Ausgangsstellung Stand steht, ist es umso erstaunlicher, dass sich in der einschlägigen osteopathischen Literatur dazu keine Angaben finden. Beim aufrecht stehenden Menschen befindet sich der Körperschwerpunkt vor dem zweiten Sakralwirbel und fällt ca. ein bis zwei Zentimeter vor den Ossa naviculare in die Unterstützungsfläche, welche von den Füßen gebildet wird. Hochschild (2002) verweist darauf, dass der Körperschwerpunkt im Stand ständigen Schwankungen von wenigen Millimetern unterworfen ist, wobei diese Schwankungsbreite mit geschlossenen Augen zunimmt. Da beim „Global Listening“, im Moment des Zuhörens, der Patient gebeten wird die Augen zu schließen, ist davon auszugehen, dass der Körperschwerpunkt minimalen Schwankungen unterliegt. Diese Überlegungen sollten in die Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ mit einfließen. In der Literatur finden sich des Weiteren Angaben zur Blickrichtung des Patienten. Diese soll während des „Global Listening“ nach vorne gerichtet sein. Der Ausgangsstellung Sitz wird in der Literatur wenig Aufmerksamkeit geschenkt und es wird nur erwähnt, dass dabei die Unterschenkel des Patienten frei hängen sollen. Anders verhält es sich bei der Ausgangsstellung Rückenlage, welche mehrheitlich in der Literatur zur Durchführung von so genannten

„Local Listenings“ angeführt wird. Nur Paoletti (2001) beschreibt „globale Ecoute Tests“ in der Ausgangsstellung Rückenlage. Bezogen auf die Körperhaltung des Patienten besteht als alleinige Forderung, dass dieser entspannt liegen soll. Aus der Handhaltung der Therapeuten in dieser Ausgangsstellung kann abgeleitet werden, dass die Beine nebeneinander und nicht überkreuzt liegen. Im Hinblick auf die Armhaltung findet sich nur beim „globalen kranialen Ecoute Test“ die Anmerkung, dass der Patient zwecks Verminderung der Faszien­spannung der oberen Extremität, diese am Abdomen platzieren soll. Beim „Global Listening“ soll jedoch nicht die Faszien­spannung der oberen Extremitäten ausgeschaltet werden, sodass hierfür auf Erkenntnisse zu den Inhibitionstests zurückgegriffen wurde, welche bei den so genannten „Gewebe Ecoute Tests“ zur Anwendung kommen. Dabei wird durch bewusste Platzierung der Hand die sich in Dysfunktion befindliche Struktur inhibiert. Dadurch ist es dem Osteopathen möglich herauszufinden, in welcher Art und Weise sich diese somatische Dysfunktion auf andere Strukturen auswirkt. Ob die bewusste oder unbewusste Platzierung der Hände des Patienten z.B. am Abdomen einen Einfluss auf das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ hat, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Wesentlich für die Durchführung des „Global Listenings“ in Rückenlage scheint zu sein, dieses Faktum in die Überlegungen bei der Wahl der Armposition des Patienten mit einzubeziehen. In weiterer Folge wurde auf die Position des Therapeuten und seiner Hände in den verschiedenen Ausgangsstellungen eingegangen. In der Ausgangsstellung Stand / Sitz befindet sich der Osteopath entweder direkt hinter, seitlich hinter oder seitlich neben dem Patienten. Er stellt mit einer oder zwei Händen den Kontakt zum Patienten an unterschiedlichen Orten her. In der Literatur ist weder eine Präferenz für eine bestimmte Handhaltung, noch für den Ort der Kontaktaufnahme zu erkennen. In der Ausgangsstellung Rückenlage werden ebenfalls verschiedene Orte zur Kontaktaufnahme gewählt. Sowohl Barral (2005) als auch Paoletti (2001) verweisen darauf, dass von jedem Ort aus am Körper eine veränderte Faszien­spannung wahrnehmbar sein sollte, sodass es keine Rolle zu spielen scheint, wo der Therapeut den Patienten berührt. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Bedeutung des spezifischen Handkontaktes bei den „Listening Tests“ eingegangen. Allen Aussagen gemeinsam ist die Tatsache, dass die palpierende Hand mit einem Auflagedruck zwischen zwanzig und dreißig Gramm den Kontakt zum Körper herstellen soll. Die Zeitdauer wird mit wenigen Sekunden in der Literatur angegeben, wobei speziell darauf verwiesen wird, dass sie auf keinen

Fall zu lange andauern soll, um mögliche Therapieeffekte hinten zu halten. Bzgl. Durchführungszeitpunkt herrscht insofern Einigkeit, dass der „Global Listening Test“ nach der Anamnese, in der Ausgangsstellung Stand, noch vor allen Mobilitätstest stattfinden soll. Als Faktoren für mögliche Veränderungen bei der Durchführung des „Global Listening“ wird explizit darauf verwiesen, dass es Jahre der Erfahrung braucht, um immer feinere Informationen aus dem Körper des Patienten wahrnehmen und interpretieren zu können. Dies könnte mit der Komplexität des Tastsinnes und der Informationsverarbeitung im Zentralnervensystem zu tun haben. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es für die Durchführung des „Global Listening“ keine standardisierte Vorgehensweise gibt, dass sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten ein großer Spielraum bei der Wahl der Ausgangsstellung und der Handhaltung eingeräumt wird. So wäre es im Hinblick auf die geringe Interrater- und Intrarater-Reliabilität der „Listening Tests“ (vgl. Podlesnic 2006, Rittler 2010) wünschenswert, die Durchführungsspezifitäten zu präzisieren und zu standardisieren. Einige Reliabilitätsstudien verweisen (vgl. Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997) darauf, dass ein Konsenstraining der Tester vor Durchführung der Studie zu verbesserten Reliabilitätsergebnissen führt. Dazu wird ein gewisser Testablauf vorgegeben, was folglich einer Standardisierung entspricht. Bei der Interpretation des Testergebnisses aus dem „Global Listening“ herrscht einhellig die Meinung, dass es sich bei einer Extension und/ oder Seitneigung um Dysfunktionen im parietalen System handelt, d.h. dass entweder die Wirbelsäule, das Becken und / oder die untere Extremität betroffen sein können und je größer der Bewegungsausschlag ist, desto kaudaler das Problem zu suchen ist. Hierzu werden noch weitere Differenzierungsmöglichkeiten mit Hilfe des „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Sitz angegeben, da in dieser Position Dysfunktionen in den unteren Extremitäten keine Rolle spielen. Bezogen auf die Flexion herrscht einhellig die Meinung vor, dass die Dysfunktionen an der Körpervorderseite zu suchen sind. Dabei handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um viszerale Dysfunktionen. Einige Autoren verweisen darauf, dass bei einer viszeralen Dysfunktion, wenn es sich nicht um zentral liegende Organe handelt, eine Rotations- und / oder Seitneigungskomponente dazu kommen können. Des Weiteren finden sich in der Literatur Aussagen zu den Wahrnehmungsqualitäten Flexion / Rotation und Seitneigung, welche je nach Organ unterschiedlich kombiniert werden. Einigkeit besteht für Magendysfunktionen, hingegen werden bei Nierendysfunktionen und bei

Leberdysfunktionen Rotations- und Seitneigungskomponenten auch mit Extension beschrieben. Bei retroperitoneal gelegenen Organen wird von einem Autor ein wahrnehmbarer Zug in Richtung zentrale Achse des Körpers beschrieben. Diese differierenden Angaben dürften unter anderem auf die persönlich gemachten Erfahrungen der einzelnen Osteopathen zurück zu führen sein. Eine weitere Qualität, welche der Osteopath beim „Global Listening“ wahrnehmen kann, ist das Gefühl des Einsinkens bzw. das Gefühl, dass die Hand in den Körper hinein gezogen wird. So könnte diese Wahrnehmung auf eine Dysfunktion im kraniosakralen System hinweisen. Es werden dazu allerdings noch andere Interpretationsmöglichkeiten in der Literatur formuliert. Die Wahrnehmungsqualität „einsinken“, „in den Körper hineingezogen werden“ könnte ebenso auf eine Fixierung der Dura mater spinalis und / oder der „Zentralsehne“ hinweisen. Inwieweit der noch unerfahrene Osteopath dies zu unterscheiden vermag, da es sich bei der Dura mater spinalis ebenfalls um eine dem kraniosakralen System zugehörige Struktur handelt, ist fraglich. In der Literatur wird letztendlich noch auf die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“ verwiesen. Dabei könnte es sich nur um die Wahrnehmung des Osteopathen handeln, oder aber um eine sichtbare Bewegung, so dass der Patient vom Therapeuten gesichert werden muss. Diese Wahrnehmungsqualität wird in Zusammenhang mit Dysfunktionen den psychoemotionalen Bereich betreffend, beschrieben. Barral (2004, 2007) beschreibt zu jedem Organ Entsprechungen auf psychischer Ebene, emotionaler Ebene und Verhaltensebene. In diesem Zusammenhang verweist Barral (2007) dezidiert auf die Möglichkeit, mit Hilfe des „Global Listening“ zu betreffendem Organ geführt werden zu können. Dabei handelt es sich um eine der wenigen Angaben in der osteopathischen Literatur zu diesem Thema, obwohl immer wieder von psychoemotionalen Traumata gesprochen wird. Aber auch bei Barral (2004, 2007) werden keine Wahrnehmungsqualitäten, bezogen auf das „Global Listening“, dazu angegeben. Bei der Betrachtung der vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse aus dem „Global Listening“ vor dem Hintergrund der Testobjektivität, im speziellen der Interpretationsobjektivität, ist diese eher als gering einzustufen. Da die Interpretationsobjektivität für die Validität eines Tests von Bedeutung ist, wäre es wichtig, grundlegende Wahrnehmungsqualitäten bzgl. ihrer Interpretation zu definieren. Als letztes Durchführungskriterium wird immer wieder in der Literatur darauf verwiesen, wie wichtig es ist, einen behutsamen, fast liebevollen Kontakt zu den Geweben herzustellen. Der Osteopath soll eine mentale Verbindung zu den Geweben herstellen,

d.h. er soll sich in Resonanz mit den Geweben des Patienten befinden (vgl. Riedl/Schleupen 2010). Croibier (2006) spricht in diesem Zusammenhang von Wertschätzung, Empathie und Wohlwollen. Ohne diese Einstimmung auf die Gewebe ist kein effektives Zuhören möglich und der Osteopath kann die in den Geweben gespeicherten Erinnerungen nicht wahrnehmen (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001).

## **5 Methode**

Der folgende Abschnitt beschreibt das methodische Vorgehen, die praktische Durchführung für die Erhebung des Datenmaterials und die Prinzipien der Auswertung. In einem ersten Schritt wird das Forschungsdesign und das Messinstrument, das problemzentrierte Interview, vorgestellt. In einem zweiten Schritt werden dann die Durchführung und Vorgehensweise bei der Inhaltsanalyse beschrieben.

### **5.1 Begründung für qualitatives Vorgehen**

Zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung wurde ein theoriegenerierendes qualitatives Verfahren gewählt. Im Speziellen wurde dazu das problemzentrierte leitfadengestützte Interview (PZI) zur empirischen Aufarbeitung der Fragestellung verwendet.

Forschungsleitende Fragestellung:

„Wie gestaltet sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme“?

Unterfragen:

In welcher Ausgangsstellung des Patienten erfolgt die Durchführung des „Global Listening“?

Mit welcher Handhaltung und Ausgangsstellung des Therapeuten erfolgt die Durchführung des „Global Listenings“?

Nach welchen Kriterien erfolgt die Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“?

Bei der Aufarbeitung der einschlägigen osteopathischen Literatur zum Thema „Global Listening“ war zu erkennen, dass bzgl. Zielsetzung, Durchführung und Inter-

pretation dieses Tests eine große Vielzahl an Variationen vorhanden ist. Diese lassen weiters einen großen Grad der Differenzierung erkennen und es scheint so, als ob die individuell gemachten Erfahrungen des einzelnen Osteopathen sowohl für die Zielsetzung und Durchführung des „Global Listening“ als auch für die Interpretation der Ergebnisse daraus von Bedeutung sind. Diese große Vielfalt dürfte sich in der osteopathischen Praxis wieder spiegeln und ist somit Gegenstand dieser Untersuchung. Es ist das Ziel dieser Masterthese mit Hilfe eines qualitativen Ansatzes, die dem einzelnen Osteopathen zu Grund liegenden Beweggründe, die inneren Annahmen und Theorien zum „Global Listening Test“ einzufangen und dessen Bedeutung für die osteopathische Befundaufnahme aufzuzeigen. Da die Osteopathie in der Gesellschaft einen immer bedeutenderen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung einnimmt, nimmt auch der Anspruch an die Wissenschaftlichkeit der Osteopathie zu. Daher ist es notwendig, dass Wirksamkeit und Evidenz sowohl bzgl. osteopathischer Befundaufnahme als auch osteopathischer Behandlungsmethoden erbracht wird. Da es sich beim „Global Listening“ um einen für die Osteopathie typischen Test innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme handelt, soll diesem Anspruch mit Hilfe eines theoriegenerierenden qualitativen Verfahrens Rechnung getragen werden. Dadurch soll es zu einer möglichst unvoreingenommenen Erfassung individueller Handlungen, sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen kommen (vgl. Witzel 2000).

## **5.2 Das problemzentrierte Experteninterview**

Der Begriff des problemzentrierten Interviews wurde von Witzel (2000) geprägt und fasst alle offenen, halbstrukturierten Befragungen zusammen. *„Das problemzentrierte Interview (PZI) ist ein theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“* (Witzel 2000:1). Unter induktiv ist jener Vorgang zu verstehen, der es dem Anwender ermöglicht vom Einzelfall auf das Allgemeine zu schließen. Ein deduktiver Vorgang zeichnet sich dadurch aus, dass der Anwender den Einzelfall vom Allgemeinen ableitet (vgl. Sommerfeld 2004). Beim PZI handelt es sich dabei um eine offene, halbstrukturierte Befragung, welche es dem Anwender erlaubt einen Erkenntnisgewinn zu generieren (siehe Abbildung 3). Dem halbstrukturierten Interview liegt ein Interviewleitfaden zu Grunde, der nicht nur eine Orientierung an einer

bestimmten Fragestellung erlaubt, sondern auch eine relativ gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht (siehe Abbildung 4).

Offenes (vs. geschlossenes Interview)	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des Befragten	Er kann frei antworten, ohne Antwortvorgaben, kann das formulieren, was ihm in Bezug auf das Thema bedeutsam ist.
Unstrukturiertes (vs. strukturiertes) bzw. unstandardi- siertes (vs. standar- disiertes) Interview	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des Interviewers	Er hat keinen starren Fragenkatalog, er kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren
Qualitatives (vs. quantitatives Interview)	bezieht sich auf die Auswertung des Inter- viewmaterials	Die Auswertung geschieht mit qualitativ-interpretativen Techniken.

Abb. 3: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen  
(Mayring 2002:66)

Das PZI selbst ist auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, in welches der Interviewer einführt und auf das er immer wieder zurückkommt. Wesentlich daran ist, dass der Interviewer zuvor schon das Problem analysiert, dazu bestimmte Aspekte erarbeitet hat und diese im Interviewleitfaden zusammengestellt sind (vgl. Mayring 2002). Dieser Leitfaden bildet quasi den „roten Faden“ durch das Interview und wird je nach Gesprächsverlauf vom Interviewer flexibel eingesetzt (vgl. Aigner 2009). Ein wesentliches Merkmal des PZI ist, dass es den Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt, um eine offene Gesprächssituation zu schaffen. Eine wesentliche Rolle spielt die Offenheit des Interviewers, welche es dem Interviewten ermöglicht, vollkommen frei und ohne Vorgaben antworten zu können. Dies schafft ein Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewten, was dem Interviewten

erlaubt seine ganz subjektiven Perspektiven und Deutungen offen zu legen (vgl. Bortz/Döring 2006).

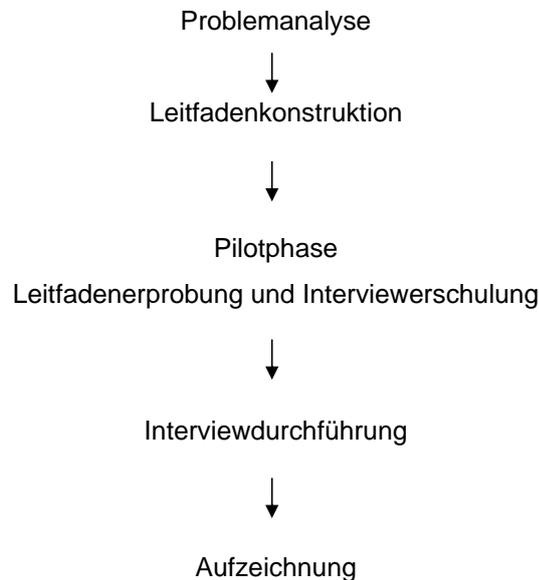


Abb. 4: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews  
(Mayring 2002:71)

„Das problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren“ (Mayring 2002:69). In diesem Sinne sind die Interviewpartner selbst die Experten für ihre Bedeutungsgehalte. Der Interviewer ist während des Interviews selbst eher passiv, wenngleich er versucht, den zu Befragenden zu weiteren Aussagen zu motivieren (vgl. Lamnek 2005). Die Befragten können jene Aspekte verbalisieren, welche ihnen in Bezug auf das Thema bedeutsam erscheinen. Der Interviewer wählt deshalb die Rolle eines interessierten Zuhörers und passt sich während des Gesprächs an die Ausdrucksform z.B. an die Wortwahl, an den Gesprächsfluss seines Interviewpartners an (vgl. Aigner 2009, Bortz/Döring 2006). Darüber hinaus kommt die an die Gesprächspsychotherapie angelehnte „Zurückspiegelung“ von Äußerungen des Befragten zur Anwendung. Dadurch wird dem Befragten die Möglichkeit eröffnet seine eigenen Sichtweisen zu behaupten und Unterstellungen des Interviewers zu korrigieren. Hinzu kommen dann noch klärende Verständnisfragen, welche bei ausweichenden oder widersprüchlichen Antworten

angewendet werden (vgl. Witzel 2000). Das PZI bietet sich vor allem dann als Forschungsmethode an, wenn es um eine stärker theoriegeleitete Forschung mit spezifischen Fragestellungen geht. Daher wurde diese Methode zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellungen für diese Masterthese gewählt.

### **5.3 Interviewleitfaden**

Zur Vorbereitung der halbstandardisierten Interviews wurde zunächst ein Interviewleitfaden (siehe Anhang) erstellt, welcher mehrmals inhaltlich überarbeitet wurde, bis alle Themenbereiche, welche sich aus der Literaturrecherche zur forschungsleitenden Fragestellung, den Erkenntnissen aus dem Probeinterview, ergeben haben, durch offene Fragen abgedeckt waren. Der Interviewleitfaden stellt eine flexible Orientierungshilfe dar und soll den Interviewpartner zu einem bestimmten Thema zum Reden bringen. Im Idealfall entwickelt sich daraus eine Gesprächsdynamik, sofern der Interviewte bei der gestellten Thematik bleibt, welche bedeutend wertvoller ist als das simple Antworten auf Fragen (vgl. Kaufmann 1999, Mayring 2002). *„Im Leitfaden sind die Forschungsthemen als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews festgehalten“* (Witzel 2000:4). Darüber hinaus sind einige Frageideen zur Einleitung einzelner Themenbereiche im Leitfaden enthalten. Sie dienen für den Interviewer als eine Art Checklisten während des Gesprächsverlaufes. Allerdings wird der Interviewer während des Gesprächs immer wieder auf Aspekte stoßen, welche im Leitfaden selbst nicht enthalten sind. Sofern diese Aspekte *„[...] für die Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam sind, wird der Interviewer spontan hier Ad-hoc-Fragen formulieren“* (Mayring 2002:70). Im Idealfall tritt der Leitfaden während des Gesprächs in den Hintergrund, was eine komplette Verinnerlichung der zentralen Kategorien voraussetzt. Die Reihenfolge der Fragen sollte dabei logisch sein und ein sinnvolles Ganzes bilden (vgl. Kaufmann 1999). Daher wurden die Fragestellungen nach Themenfeldern geordnet, welche ihrerseits untereinander in einem Zusammenhang stehen. Besonders wichtig sind die ersten Fragen, da sie den Verlauf des Gesprächs bestimmen und den Interviewten zu Offenheit einladen. Der Interviewleitfaden besteht zunächst aus einer Einleitung, welche den zu Interviewenden in das Thema behutsam einführt und die Beweggründe und Zielsetzungen dieser Masterthese näher bringt (siehe Leitfaden im Anhang). Im Anschluss daran werden

die ersten Einstiegsfragen gestellt, wobei sich hierzu mehrere Vorgangsweisen anbieten. So könnte mit mehreren einfachen Fragen begonnen werden um das Eis zu brechen und eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen. Es kann aber auch die umgekehrte Taktik gewählt werden, sodass zu Beginn eine zentrale Frage gestellt wird, da am Anfang des Interviews noch alles offen ist. Diese Offenheit kann zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews, bedingt durch die Antworten des Befragten, des Gesprächsverlaufes, nicht mehr so gegeben sein. Dies ist dahingehend zu verstehen, dass die im Interview vorausgehenden Antworten des Befragten den weiteren Verlauf des Gesprächs und Folgeantworten indirekt beeinflussen (vgl. Kaufmann 1999). Für diese Masterthese wurde die zweite Taktik gewählt, das heißt, es wurde das Interview mit einer zentralen Fragestellung gestartet, die wie folgt lautet: „ Was verstehen Sie unter dem Begriff „Global Listening“? Durch diese offene Frageformulierung ist es dem Interviewpartner möglich, seine persönliche Sichtweise zu diesem Thema zu formulieren, ohne dass der Interviewte durch vorhergehende Fragestellungen und den daraus resultierenden Antworten beeinflusst wurde. Im Anschluss daran wurden durch entsprechende Fragen folgende Themenfelder abgedeckt: Stellenwert des „Global Listenings“ innerhalb der osteopathischen, Befundaufnahme, Zielsetzung des „Global Listenings“, Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“, Durchführung des „Global Listenings“ bezogen auf den Therapeuten und den Patienten, Ausbildung und Soziodemographische Daten.

Während der Entstehungsphase des Interviewleitfadens bestand ein intensiver Kontakt zum Betreuer und zu Kollegen, mit welchen dieser immer wieder diskutiert wurde. Des Weiteren erfolgte, mit einem nicht in die Untersuchung involvierten Kollegen, ein Probeinterview. Da sich die Vorgehensweise aus Sicht des Interviewten und des Interviewers bewährte, wurde der Leitfaden nur geringfügig verändert, d.h. im Anschluss an das Probeinterview flossen die daraus gewonnen Erkenntnisse in den Leitfaden ein. Des Weiteren diente das Probeinterview der Schulung des Interviewers.

### **5.3.1 Einstiegsfragen**

Wie schon zuvor angesprochen, wurde eine zentrale Fragestellung zum Einstieg in das Interview gewählt. In der Folge wurden Fragen zum Begriff „Global Listening“ formuliert, da sich sowohl in der Literatur als auch an der Wiener Schule für Osteopathie unterschiedliche Bezeichnung für diesen Test finden. Im Anschluss daran

wurden Fragen zum Stellenwert des „Global Listening“, innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestellt. Es wurde zuerst allgemein nach der Bedeutung des „Global Listening“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme und in einem zweiten Schritt nach der Bedeutung innerhalb der eigenen Befundaufnahme gefragt. So könnte es sein, dass der Interviewpartner dem „Global Listening“ allgemein einen sehr hohen Stellenwert innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme beimisst, sich dieser jedoch aus dem eigenen täglichen Handeln nicht ableiten lässt. Dadurch können Disparitäten zwischen Denken und Handeln aufgezeigt werden.

### **5.3.2 Fragen zu den zentralen Themenfeldern**

Folgende Themenfelder sollten durch spezifische offene Fragestellungen abgedeckt werden: Zielsetzung des „Global Listening“, Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“, Durchführung des „Global Listening, bezogen auf den Therapeuten und den Patienten, Ausbildung der Interviewpartner zum Osteopathen. Zu diesen Themenfeldern findet sich in der Literatur, sowohl was die Durchführung als auch die Interpretation des Testergebnisses betrifft, eine große Variation im Grad der Differenzierung.

Zielsetzungen des „Global Listening“:

In der Literatur findet sich das „Global Listening“ als ein Test unter vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme. Das „Global Listening“ wird zu diagnostischen Zwecken durchgeführt, genauer gesagt, es soll eine Orientierungshilfe für die Lokalisation des Problems darstellen (siehe Kapitel 3.2). Daher wurden die Interviewpartner nach ihrer Zielsetzung, mit welcher Sie das „Global Listening“ innerhalb ihrer Befundaufnahme durchführen und ob dieses hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose sei, gefragt. Des Weiteren wird in der Literatur auf den Stellenwert der Nachuntersuchung nach erfolgter Behandlung verwiesen. Daher wurden die Interviewpartner dazu befragt, inwieweit das „Global Listening“ zur Evaluierung ihrer Behandlung angewendet wird. Es ging in diesem Part vor allem darum, genügend Freiraum bei der Beantwortung der Fragen zu geben, um Zielsetzungen, welche sich so in der Literatur nicht finden, einzufangen.

#### Interpretation:

Da die Interpretation des Wahrgenommenen von entscheidender Bedeutung für den Befundungsprozess ist, an dessen Ende die Formulierung einer osteopathischen Diagnose steht, wurde im Fragebogen dafür ausreichend Raum gegeben. In der Literatur finden sich zur Interpretation der einzelnen Wahrnehmungsqualitäten immer wieder differierende Angaben (siehe Kapitel 4.3.2) sodass im Interview, falls von den Interviewpartnern keine Aussagen dazu erfolgten, dezidiert nachgefragt wurde. Hierzu wurden klärende Verständnisfragen gestellt, bzw. die Technik der „Zurückspiegelung“, um Missverständnisse des Interviewers hintan zuhalten, eingesetzt.

#### Durchführung:

Hierzu fanden sich in der Literatur nicht nur Disparitäten im Hinblick auf die Ausgangsstellung und Handhaltung des Therapeuten, sondern auch bzgl. der Ausgangsstellung des Patienten (siehe Kapitel 4.2). Daher wurden die Interviewpartner nach den Durchführungsspezifitäten des „Global Listening“ in der osteopathischen Praxis befragt. Es wurde sowohl nach ihrer eigenen Ausgangsstellung und Handhaltung als auch nach der Ausgangsstellung des Patienten und nach dem genauen Ablauf bei der Durchführung des Testes gefragt.

#### Ausbildung:

Aus den Vorerhebungen zu dieser Masterthese war zu erkennen, dass im Rahmen der Ausbildung zum Osteopathen an der Wiener Schule für Osteopathie, die Art und Weise des Unterrichts, der Zeitpunkt, zu welchem das „Global Listening“ vermittelt wird, stark variieren. Es scheint der Rückschluss gerechtfertigt, dass dies einen Einfluss auf die spätere Handhabung des „Global Listenings“ innerhalb der Befundaufnahme hat. Insofern wurden die Interviewpartner zu ihrer eigenen Ausbildung befragt, um mögliche individuelle Zusammenhänge zwischen der Handhabung des „Global Listening Tests“ innerhalb der eigenen osteopathischen Befundaufnahme und der Ausbildung herstellen zu können. Allerdings beschäftigt sich diese Masterthese nur am Rande mit der osteopathischen Ausbildung der Interviewpartner und nur zum Zwecke des besseren Verständnisses für die Handhabung des „Global Listenings“ im osteopathischen Praxisalltag. Es fließen die Ergebnisse aus diesem Themenfeld in die einzelnen Kategorien bei der Auswertung ein, aber sie bilden kein eigenes Kapitel.

### 5.3.3 Soziodemographische Daten

Am Ende des Interviews wurden soziodemographische Eckdaten wie Grundprofession, Abschluss der Ausbildung zum Osteopathen, Alter und Geschlecht erhoben. Ebenso wurde bewusst nach osteopathischen Zusatzausbildungen (z.B. Kinderosteopathie, Biodynamische Osteopathie, etc.) gefragt, um die Ergebnisse auch unter diesem Blickwinkel betrachten zu können. Fragen zur Grundprofession der Interviewpartner wurden deswegen gestellt, da zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht ausgeschlossen werden konnte, ob diese einen Einfluss auf die Antworten zu den einzelnen Themenfeldern haben könnte.

### 5.4 Auswahl der Interviewpartner (Stichprobenauswahl)

Anders als in der quantitativen Forschung, in welcher die Stichprobenziehung ein zentrales Element darstellt und repräsentativ sein muss, steht die Repräsentativität in der qualitativen Forschung bei der Auswahl der Interviewpartner nicht im Vordergrund. Beim verstehenden Interview haben klassische Kriterien wie Alter, Beruf, Geschlecht, etc. nicht die Erklärungskraft wie bei standardisierten Interviews, sondern sie stellen nur einen äußeren Rahmen dar (vgl. Aigner 2009, Kaufmann 1999). *„Für die quantitative Untersuchungen verbindlichen Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Offenheit können nur teilweise auf Studien mit qualitativen Verfahren übertragen werden“* (Aigner 2009:40). So steht in der qualitativen Sozialforschung die Forderung nach inhaltlicher Repräsentativität, welche über eine angemessene Zusammenstellung erfüllt werden soll, im Vordergrund (vgl. Aigner 2009). Der Forscher wählt Teilnehmer aus, welche den zu untersuchenden Gegenstand selbst anwenden und so das Wissen über den Untersuchungsgegenstand erweitern. Die Sammlung der Daten wird so lange fortgesetzt, bis es zu keinem Neuwert mehr kommt, d.h. bis keine neuen Erkenntnisse mehr aus den Interviews gewonnen werden. *„Ein Ende der Untersuchung ist dann erreicht, wenn weitere Variationen keine neuartigen Daten mehr ergeben“* (Witt 2001:6). Vor diesem Hintergrund wurden folgende Überlegungen zur Auswahl der Interviewpartner getroffen: Es sollte sich um Osteopathen mit sechsjähriger Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie handeln, da an dieser das „Global Listening“ als Befundungsinstrument unterrichtet wird.

Als Einschlusskriterien wurden im Vorfeld folgende Punkte definiert:

- Osteopathen mit sechsjähriger Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie
- Mindestens ein Jahr Berufserfahrung nach Abschluss der sechsjährigen Ausbildung, da hierbei davon ausgegangen werden kann, dass sich eine persönliche Vorgehensweise in der Befundaufnahme für das „Global Listening“ entwickelt hat. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass sich der Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb der eigenen osteopathischen Befundaufnahme herauskristallisiert hat.
- Es sollen gleich viele Frauen wie Männer befragt werden, um heraus zu finden, ob es geschlechterspezifische Unterschiede bei der Durchführung und Interpretation des „Global Listening“ gibt.
- Freiwillige Teilnahme der Interviewpartner am Interview

In Summe wurden zwölf Osteopathen aus Wien und Niederösterreich ausgewählt, welche je zur Hälfte aus Frauen und Männern bestand. Des Weiteren gaben neun der befragten Osteopathen als Grundprofession „Physiotherapeut“ und drei als Grundprofession „Arzt“ an. Das durchschnittliche Alter der Interviewpartner betrug zum Durchführungszeitpunkt der Interviews 42,8 Jahre. Das Alter des jüngsten Teilnehmers betrug 35 Jahre und das des ältesten Teilnehmers 53 Jahre. Die Ausbildung zum Osteopathen an der Wiener Schule für Osteopathie lag zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 5,33 Jahre zurück, wobei der längste Zeitraum elf Jahre und der kürzeste Zeitraum ein Jahr umfasste. Die Wahl der Größe der Stichprobe orientierte sich dabei an der selektiven Auswahl der Interviewpartner (vgl. Kelle/Kluge 2010), indem vor dem Feldzugang relevante Merkmale (Einschlusskriterien) für die Fallauswahl definiert wurden. Dadurch sollte eine angemessene Beschreibung des zu untersuchenden Gegenstandes („Global Listening“) ermöglicht werden. Die mit dieser Auswahlstrategie verbundene Annahme einer Datensättigung (vgl. Flick et al. 1995) konnte insofern bestätigt werden, als bei den letzten Interviews kein wesentlicher Gewinn an neuartigen Daten mehr generiert wurde. Der Kontakt zu den Interviewpartnern bestand vorweg aus der Tatsache, dass diese entweder Vortragende, Assistenten, Supervisoren oder Studienkollegen (aus vorherigen Jahrgängen) während der sechsjährigen Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie waren. Die persönliche Einladung zur Teilnahme an dem Interview erfolgte mittels

Telefonat, in welchem einerseits der Forschungsgegenstand und andererseits das Studiendesign vorgestellt wurden.

## **5.5 Durchführung der Interviews**

Die Interviews wurden im Zeitraum von Mitte Oktober bis Mitte Dezember 2008 geführt. Bzgl. der Terminfindung hat es sich bewährt, mehrere Terminvorschläge zu machen und auf die Vorschläge des Interviewpartners einzugehen. Im Rahmen qualitativer Befragungssettings ist von wesentlicher Bedeutung, dass das Interview in der natürlichen Umgebung, bzw. in der vom Interviewpartner gewünschten Umgebung stattfindet. Daher konnten die Interviewpartner den Ort für das Interview selbst bestimmen, sodass sich drei verschiedene Kontaktstellen hierfür ergaben. Es fanden die Interviews in den Praxen der befragten Osteopathen, in meiner Praxis oder im Kaffeehaus statt. Dadurch sollte eine kooperative Atmosphäre geschaffen werden, da der Interviewpartner eine für ihn selbst angenehme Räumlichkeit wählen konnte. Des Weiteren wurden die Interviewpartner über die ungefähre Zeitdauer des Interviews informiert, da diese für die Planung des Zeitrahmes von wesentlicher Bedeutung war. Die Interviewpartner wurden vor Beginn des Interviews darüber informiert, dass das Interview mittels Digital Voice Recorder aufgezeichnet wird. Es bestand jederzeit die Möglichkeit dies abzulehnen. Des Weiteren wurden die Interviewpartner darüber informiert, dass die digitale Aufzeichnung im Anschluss daran transkribiert und anonymisiert wird. Alle der an der Studie teilnehmenden Interviewpartner waren zu Beginn des Interviews mit diesen Rahmenbedingungen einverstanden. Durch die Aufzeichnung des Interviews mittels Digital Voice Recorder konnte sich der Interviewer voll und ganz auf das Gespräch, sowie auf Beobachtungen und non-verbale Äußerungen konzentrieren. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug ungefähr 35 Minuten, das längste Interview dauerte 45 Minuten, das kürzeste 25 Minuten. Voraussetzung für das Gelingen waren folgende Kriterien: ein gutes Gesprächsklima; Anerkennung und Interesse an den Befragten; der Interviewer muss mit dem Thema vertraut sein und authentisch wirken. Dies wurde einerseits schon bei der Auswahl der Interviewpartner berücksichtigt und andererseits durch das Generieren theoretischen Vorwissens aus der Literatur gewährleistet. Den Interviewpartnern wurde mit Respekt und Anerkennung gegenübergetreten und sie wurden darauf aufmerksam gemacht, dass sie jederzeit das Interview abbrechen könnten. Während des Interviews diente der Interviewleitfaden (siehe Anhang) als

Orientierungshilfe, da die subjektive Sichtweise und die Erfahrungen des Interviewpartners im Vordergrund standen. Um spontan auf Antworten des Interviewpartners reagieren zu können, wurden so genannte Ad-hoc-Fragen gestellt, welche nicht explizit im Interviewleitfaden enthalten waren. Des Weiteren war es auf Grund des Gesprächsverlaufs notwendig, die Reihenfolge der vorformulierten Fragen umzustellen, bzw. diese in anderer Formulierung, als im Leitfaden vorgegeben, zu stellen (vgl. Mayer 2001). Daher war es für den Interviewer notwendig seinen Interviewleitfaden fast auswendig zu können, um ohne Mühe die Reihenfolge, falls erforderlich, umstellen zu können. Allerdings war dies nur in seltenen Fällen notwendig, da der Interviewleitfaden mit seinen Themenfeldern einer logischen Reihenfolge folgte. Zusätzlich zu den im Leitfaden enthaltenen Fragenkomplexen wurden noch Verständnisfragen, welche bei ausweichenden oder widersprüchlichen Antworten verwendet wurden, eingesetzt. Die Technik der „Zurückspiegelung“ wurde bei Bedarf angewendet, sodass es dem Interviewpartner ermöglicht wurde, seine eigenen Sichtweisen zu behaupten und evt. vorkommende Unterstellungen des Interviewers zu korrigieren. Es hat sich während der Durchführung der Interviews als sinnvoll erwiesen, relativ kurze Zeitabstände zwischen den Interviews zu wählen, um eine sichere und flexible Gesprächsführung seitens des Interviewers zu gewährleisten.

## **5.6 Transkription und Kategorienbildung**

Im Anschluss an die Interviews wurden diese transkribiert (verschriftlicht) und deren Inhalt analytisch ausgewertet. Das Ziel der Transkripterstellung besteht in der Herstellung eines dauerhaft verfügbaren Protokolls, welches den Gesprächsverlauf realitätsgetreu wiedergibt und als Basis für die Auswertung und Interpretation dient (vgl. Mayring 2002). Alle Interviews wurden zur leichteren Vergleichbarkeit vollständig und unverändert ins normale Schriftdeutsch transkribiert. Es wurden dabei keine Syntaxkorrekturen, d.h. kein oder nur ein minimaler Satzumbau, vorgenommen, auch wenn die Sätze evt. grammatikalisch nicht korrekt waren. Emotionale Äußerungen wurden dann wiedergegeben, wenn diese eindeutig zu hören waren. Das fertige Transkript wurde mittels Korrekturhören mit der Gesprächsaufzeichnung verglichen und evt. vorhandene Übertragungsfehler wurden korrigiert. Am Anschluss daran erfolgte die Aufarbeitung des vorhandenen Materials. *„Die Deskription, die exakte und angemessene Beschreibung des Gegenstandes, ist ein besonderes Anliegen qualitativ orientierter Forschung. [...] Um dem wirklich Rechnung zu tragen,*

sollte man zwischen Erhebung und Auswertung einen Zwischenschritt stärker thematisieren: die Aufbereitung des Materials“ (Mayring 2002:85). Daher ist es für die qualitative Forschung unabdingbar der Materialaufarbeitung ein Augenmerk zu schenken, da auch eine hochwertige Erhebung eine unsaubere Aufarbeitung nicht kompensieren kann (vgl. Mayring 2002). So wurde zur Darstellung die geschriebene Sprache verwendet, wobei markante Textstellen stellvertretend für alle anderen Interviewpartner direkt zitiert wurden. Zur Auswertung der Transkripte stehen unterschiedliche Techniken zur Verfügung, wobei für diese Masterthese als Vorgehensweise die „Kategorienbildung“ verwendet wurde. Dabei handelt es sich um ein deskriptives System, welches das vorhandene Material strukturieren soll: *„Mit der Konstruktion deskriptiver Systeme soll das Material durch zu Kategoriensystemen zusammengestellte Überbegriffe geordnet werden. Die Kategorien werden theoriegeleitet und auf das konkrete empirische Material bezogen entwickelt“* (Mayring 2002:100). Es ist daher notwendig die Kategorien genau zu definieren, sodass eine eindeutige Zuordnung des empirisch gewonnen Materials möglich ist. Zu diesem Zweck wurden daher zunächst folgende übergeordnete Kategorien in Anlehnung an den Interviewleitfaden gebildet: Zielsetzung des „Global Listening“, Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, Durchführung des „Global Listening“, Interpretation des „Global Listening“, Ausbildung. In weiterer Folge wurde die qualitative Inhaltsanalyse zur Aufarbeitung der Transkripte verwendet. *„[...] Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategorien bearbeitet“* (Mayring 2002:114). Die Stärke dieser Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch die Interviews schrittweise analysiert. So wird das Material in Einheiten zerlegt, welche nacheinander bearbeitet werden. Das entwickelte Kategoriensystem ermöglicht es dem Autor diejenigen Aspekte festzulegen, welche aus den Interviews herausgefiltert werden sollen (siehe Abbildung 5). Dabei handelt es sich um einen induktiven Prozess, welcher während der gesamten Aufarbeitung des Materials vonstatten geht (vgl. Mayring 2002). Da die gebildeten Kategorien zu Beginn nur eine erste Orientierung darstellen, wurden diese nach zwei ausgewerteten Interviews überarbeitet, bzw. Unterkategorien dazu gebildet. Den einzelnen Kategorien und dazugehörigen Unterkategorien wurden die entsprechenden Textstellen aus den Interviews zugeordnet. Dies erfolgte mit Hilfe von Flip-Chart-Blättern, auf denen die einzelnen Kategorien festgehalten wurden. In einem

zweiten Schritt wurden dann die einzelnen Aussagen handschriftlich auf Post-its notiert und manuell den einzelnen Kategorien zugeordnet.

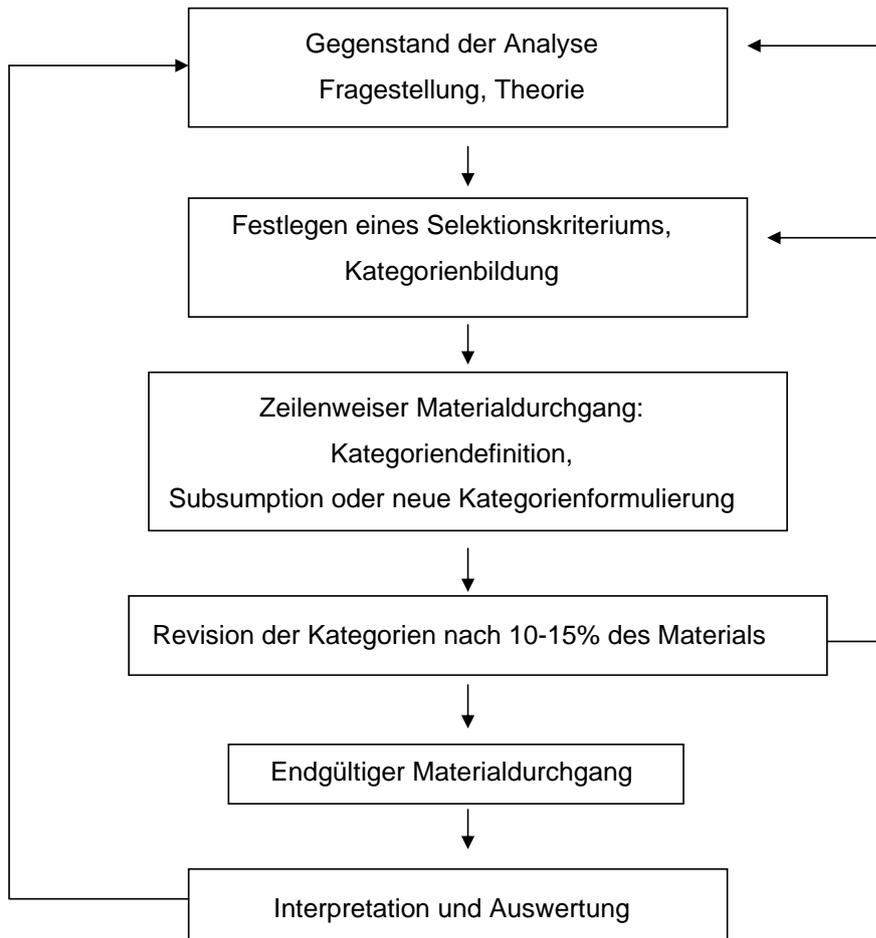


Abb. 5: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2002:116)

Demzufolge wurden alle für die forschungsleitende Fragestellung relevanten Themenfelder vollständig durch das entwickelte Kategoriensystem erfasst. Einzelne Aussagen, welche nicht der Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung dienen, wurden nicht in das Kategoriensystem aufgenommen. Diese systematische Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte für alle zwölf transkribierten Interviews.

## 5.7 Gütekriterien

Die Qualität einer Untersuchung wird an Hand von Gütekriterien bestimmt. Für quantitative Untersuchungen gelten Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Offenheit. Allerdings können diese nicht einfach auf qualitative Verfahren übertragen werden. So wurden in den letzten Jahren neue Gütekriterien für die qualitative Forschung, welche für die Methode selbst untersuchungsspezifisch und angemessen sein müssen, entwickelt (vgl. Aigner 2009, Mayring 2002, Steinke 2000). „*Qualitative Forschung kann ohne Bewertungskriterien nicht bestehen, weil sie sonst Gefahr liefe, Beliebigkeit und Willkürlichkeit in der Forschung zu verfallen, [...]*“ (Steinke 2000:2). Ein Kernkriterium qualitativer Forschung stellt die „intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ dar. Diese ist dann gegeben, wenn der Forscher den Forschungsprozess offen und für den Leser nachvollziehbar dokumentiert (vgl. Bortz/Döring 2006, Steinke 2000). So müssen alle Aktivitäten innerhalb des Forschungsprozesses dokumentiert werden. Dieses betrifft einerseits das Vorverständnis und die damit zusammenhängenden Erwartungen des Forschers an den Forschungsgegenstand und andererseits die Darstellung des Analyseinstrumentariums, die der Durchführung und Auswertung der Datenerhebung (vgl. Mayring 2002, Steinke 2000). Es muss für den Leser offensichtlich sein, welche Methode zur Analyse verwendet wurde, welche Aussagen direkt aus den Daten stammen und was davon Interpretation ist (vgl. Aigner 2009). Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist dann gegeben, wenn die Erwartungen des Forschers, sein Vorverständnis bezogen auf den Untersuchungsgegenstand, die Erhebungsmethode selbst, aber auch die Durchführungsmodalitäten bei der Erhebung genau dokumentiert werden (siehe Kapitel 5.1–5.5). Hinzu kommt die Beschreibung der Auswertungsmethode, welche für diese Masterthese die Beschreibung der Transkription, Kategorienbildung und die qualitative Inhaltsanalyse umfasst (siehe Kapitel 5.6). So fanden während des Forschungsprozesses laufend Besprechungen mit der Betreuerin der Arbeit statt, welche sowohl die Planung der Masterthese als auch das Vorgehen und die Durchführung bis hin zur Auswertung des erhobenen Datenmaterials, immer kritisch hinterfragte und zur Diskussion anregte. Des Weiteren hat sich der Kontakt zu anderen Kollegen, zwecks regelmäßigen Gedankenaustausches, als sehr hilfreich erwiesen.

## **5.8 Zusammenfassung**

Für die empirische Bearbeitung der forschungsleitenden Fragestellung wurde die qualitative Untersuchungsmethode des problemzentrierten Interviews gewählt. Es wurden zwölf Osteopathen interviewt, welche ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert hatten und zum Zeitpunkt des Interviews mindestens ein Jahr als Osteopath nach Ende der Ausbildung tätig waren. Relevante Merkmale und die Freiwilligkeit der an den Interviews teilnehmenden Osteopathen waren bestimmend für die Auswahlstrategie. Kennzeichnend für die Führung der Interviews war die Offenheit des Interviewers gegenüber dem Interviewten. Der Interviewleitfaden diente während des Interviews als Orientierungshilfe und wurde durch Verständnisfragen und Ad-hoc-Fragen, welche sich aus dem Gesprächsverlauf ergaben, ergänzt. Die Technik der Rückspiegelung wurde zur Klärung, evt. vorhandener Fehlinterpretation durch den Interviewer, eingesetzt. Die Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe eines Kategoriensystems manuell ausgewertet. Die Kategorien wurden theoriegeleitet, auf das konkret empirische Material bezogen, entwickelt. Nach der Auswertung von zwei Interviews wurden diese überarbeitet und durch die Bildung von Unterkategorien ergänzt. Als Verfahren für die Auswertung wurde als Methode die qualitative Inhaltsanalyse verwendet, da diese streng methodisch schrittweise die Interviews analysiert. Für die praktische Umsetzung wurde mit Flip-Chart-Blätter und Post-its gearbeitet, sodass alle relevanten Aussagen der Interviewpartner vollständig durch das entwickelte Kategoriensystem erfasst wurden. Zur Gewährleistung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde der gesamte Forschungsprozess nachvollziehbar dokumentiert. Dabei handelt es sich um ein zentrales Gütekriterium für die qualitative Forschung, welches Kriterien wie Reliabilität und Validität aus der quantitativen Forschung ersetzt. Darüber hinaus wurde während des gesamten Prozesses der Kontakt zum Betreuer und zu Kollegen gesucht, um einen kritischen Umgang mit den Daten und deren Interpretation zu ermöglichen.

## **6 Ergebnisse der Untersuchung**

Die Darstellung der Ergebnisse folgt dem Gesprächsverlauf, welcher sich am Interviewleitfaden orientiert. Es wird versucht der Vielfalt der subjektiven Ansichten der Befragten gerecht zu werden und sofern divergierende Aussagen zu bestimmten

Fragen bestehen, diese einander gegenüberzustellen. Im Anschluss daran erfolgt die wissenschaftliche Aufarbeitung an Hand der theoretischen Erkenntnismodelle und der dazugehörigen Literatur. Zur Illustration werden prägnante Interviewausschnitte zitiert, die zugunsten der besseren Lesbarkeit des Textes, einer geringfügigen sprachlichen Überarbeitung unterzogen werden. Insgesamt haben sich 19 Hauptkategorien ergeben, welche zu fünf Bereichen – Begriff, Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses, Zielsetzung, Durchführung und Interpretation – verdichtet wurden.

## **6.1 Begriff**

Mit Hilfe des PZI sollte herausgefunden werden, was Osteopathen unter dem Begriff „Global Listening“ verstehen. Bei der Auswertung der Interviews hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist dazu zwei Unterkategorien zu bilden, wobei sich eine Unterkategorie mit der Bezeichnung, d.h. mit dem Namen selbst beschäftigt und eine andere Unterkategorie mehr auf die Bedeutungen des Begriffes „Global Listening“ eingeht.

### **6.1.1 Bezeichnung**

Aus den Interviews geht hervor, dass vor allem die Bezeichnungen „Global Listening“ (sechs Nennungen), „General Listening“ (drei Nennungen) oder „Global Ecoute“ (eine Nennung) verwendet werden. Der Begriff des „Global Listening“ scheint sehr treffend gewählt, da dieser vor allem den Aspekt des Zuhörens beinhaltet wie nachfolgende Zitate untermauern: *„Passt gut. Es ist wirklich ein Horchen, was da passiert“* („H“ 2008/12:2). *„[...] ich verwende den Begriff schon auch,[...], weil auch „Listening“ sehr viel mit Zuhören zu tun hat“* („J“ 2008/11:1). Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Begriffe „Global Listening“ und „General Listening“ vor allem deswegen verwendet werden, da sich hiermit eine gemeinsame Bezeichnung, eine gemeinsame Nomenklatur, für ein und denselben Test zwischen Osteopathen unterschiedlichster Länder gefunden hat. Dies soll an Hand der Aussage eines Interviewpartners exemplarisch dargestellt werden: *„Aber schlussendlich geht es auch darum, [...], dass für mich „Global Listening“ ein Begriff ist, der sich in der Semantik der Osteopathen herausgebildet hat“* („J“ 2008/11:1). Von den zwölf befragten Osteopathen würden zwei Kollegen lieber deutsche Bezeichnungen verwenden, bzw. halten das Ergebnis dieses Tests nicht schriftlich in Ihren Befundaufzeichnungen unter „Global Listening“ oder „General Listening“ fest. *„Ich verwende den Ausdruck*

nicht. Also für mich ist es so: Einen ersten Eindruck auf Gewebelevel [erhalten]“ („D“ 2008/10:1). So ermöglicht das „Global Listening“ es dem Therapeuten zu einem relativen frühen Zeitpunkt innerhalb der Befundaufnahme einen „[...] Erstüberblick über den Patienten, [...]“ („K“ 2008/11:1) zu erhalten. Im Gegensatz zu den englischen Bezeichnungen, welche das Wort „Zuhören“ beinhalten und damit den Zustand, in welcher sich der Therapeut während des „Global Listenings“ befindet, beschreiben, beinhalten die deutsch gewählten Bezeichnungen eine Zielsetzung, nämlich sich einen ersten Überblick über den Patienten mit Hilfe des „Global Listenings“ zu verschaffen (siehe Kapitel 6.1.2). Die Bezeichnung „Global Listening“ oder „General Listening“ ist aber allen Interviewpartnern bekannt. Dies lässt sich mit großer Wahrscheinlichkeit darauf zurückführen, dass alle interviewten Osteopathen Ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert haben. Inwieweit dieses Bewusstsein der gemeinsamen Nomenklatur bei allen an der Wiener Schule für Osteopathie ausgebildeten Osteopathen vorhanden ist, kann auf Grund der geringen Anzahl von Interviewpartnern nicht beantwortet werden. Es dürften sich allerdings die Bezeichnungen „Global Listening“ und „General Listening“ im Praxisalltag von Osteopathen durchgesetzt haben.

### **6.1.2 Bedeutungen**

Hierunter werden Aussagen zusammengefasst, welche sich der Bedeutung des „Global Listenings“ im eigenen Praxisalltag widmen. Das „Global Listening“ bzw. der „Global Listening Test (in Zukunft werden diese beiden Begriffe verwendet) wird mit dem Ziel durchgeführt, einen ersten Eindruck von möglichen Läsionen zu erhalten. Mit Hilfe der Hände werden Bewegungssignale des Körpers aufgefangen, indem „[...] *the practitioner notes where in den body the direction of motion initiates – neck, upper abdomen, ankle, etc.*“ (Burch 2003:63). Richtung und Ausmaß solcher Bewegungen geben dem Osteopathen über mögliche Läsionsbereiche Aufschluss. Interessanterweise haben sich bei den interviewten Osteopathen (elf Nennungen) zwei große Unterkategorien herauskristallisiert. In der einen Kategorie werden Aussagen, welche unter den Begriff „Eindruck / Überblick“ und in der anderen Kategorie, welche unter den Begriff „Wahrnehmung“ fallen, zusammengefasst.

### **6.1.2.1 Eindruck/ Überblick**

Das „Global Listening“ wird mit dem Zweck durchgeführt, einen ersten globalen Eindruck über den Zustand der Gewebe zu erhalten. *„Die erste, auf dem globalen Ecoute-Test basierende Beurteilung des Körpers bezieht sich auf die Gewebereaktion des Patienten“* (Croibier 2006:213). Diese in der Literatur zu findende Beschreibung über die Zielsetzung des „Global Listening“, findet sich in der osteopathischen Praxis wieder (sieben Nennungen). Osteopath „J“ führt das „Global Listening“ durch um *„[...] einfach einmal einen Eindruck vom Patienten zu bekommen [...] einen Eindruck, den ich über mein Fühlen bekomme. Und dieser Eindruck sollte mich in eine diagnostische Richtung lenken“* („J“ 2008/11:1). Die diagnostische Zielsetzung des „Global Listening“ findet sich nicht nur in der Literatur, sondern wird auch von den Interviewpartnern angesprochen, wobei noch eine Präzisierung stattfindet. Es soll mit Hilfe des „Global Listening“ *„[...] ein erster Eindruck auf Gewebelevel [ohne] Fokus auf irgendwas [gewonnen werden]“* („D“ 2008/10:1). Der „Global Listening Test“ dient dazu ohne vorgefasste Meinung einen ersten Eindruck über die Gewebe des Patienten zu erhalten. Allgemein kann dieser Eindruck auf Gewebelevel dazu dienen, dem Osteopathen beim Auffinden somatischer Dysfunktionen (veralt. osteopathische Läsion) zu helfen. Das deckt sich mit den dazu gemachten Aussagen in der osteopathischen Literatur (vgl. Kapitel 3). Es handelt sich hierbei um einen Aspekt von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme und das „Global Listening“ kann als ein erster Puzzlestein, eine erste diagnostische Orientierungshilfe, auf dem Weg zur Präzisierung einer osteopathischen Diagnose gesehen werden, mit dessen Hilfe es möglich ist sich einen *„[...] Überblick, möglichst am Beginn, [...] vor allen anderen Tests“* („H“ 2008/12:1) zu schaffen. Bei der Beschreibung des Tests wird von den Interviewpartnern immer wieder von „Zügen“, von „Spannungen“ gesprochen, zu denen die spürende Hand hingezogen wird. Da es sich hierbei um eine wesentliche Zielsetzung des „Global Listening“ handelt, welche sich ebenso in der osteopathischen Literatur findet, dabei wird in diesem Zusammenhang vom Aufspüren veränderter Körperfazienstensionen gesprochen, wurde diesem Aspekt ein eigenes Kapitel gewidmet (siehe Kapitel 6.2.1)

### **6.1.2.2 Wahrnehmung**

Unter diesem Überbegriff werden Gruppen von Aussagen zusammengefasst, welche sich mit Begriffen wie „Spüren“, „Hineinhören“, „Hineinfühlen“ beschäftigen (vier

Nennungen). Diese Begriffe finden sich sowohl in den Aussagen der Interviewpartner als auch in der osteopathischen Literatur (siehe Kapitel 3.1). Dabei geht es darum feinste Beeinträchtigungen der Faszien, deren Restriktionen bzw. Fixierungen, mit den Händen zu erspüren (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). In der osteopathischen Praxis stellt sich das folgendermaßen dar: „*Global Listening*“ ist das, wenn ich meine Hand auf den Kopf des Patienten lege und schaue, was der global tut und das spüre ich mit meiner Hand“ („G“ 2008/11:1), oder es werden Begriffe wie „[...] *Erkennung, Fühlen*“ („C“ 2008/10:1) verwendet. Es ist das Ziel den Tastsinn der Hände so zu schulen, dass noch so minimale Sensationen aus dem Körper des Patienten wahrgenommen werden können (vgl. Croibier 2006, Paoletti 2001). Des Weiteren wird von „Hineinhorchen“ in die Gewebe gesprochen, wobei es ausgesprochen wichtig ist, dass sich der Therapeut in einem passiven Zustand befindet, im Zustand des Zuhörens (vgl. Paoletti 2001). Dieses Hineinhören in den Körper wird von vier Interviewpartnern angesprochen und darauf verwiesen wie wichtig es ist, dass der Therapeut ohne vorgefasste Meinung an diese Art des Listening herangeht. „[...] es ist ein Horchen sozusagen mit seinen Händen und man lässt die Information zu sich kommen. [...] horchen ist eine passive Sache“ („H“ 2008/12:4), oder „[...] in den Körper hineinzuhorchen in dem man ihn berührt, ohne zu versuchen, gleich Einfluss darauf zu nehmen [...]“ („I“ 2008/11:1). Osteopath „J“ spricht davon, dass er sich darauf trainiert „[...] ruhig zu sein und still im Geist und dann zu spüren was los ist“ („I“ 2008/11:14). Dieses „still sein im Geist“ spricht in ähnlicher Art und Weise Osteopath „C“ an, wenn er darauf hinweist, wie wichtig es ist „[...] selber einmal frei sein [...] nicht hineindenken, einfach frei sein um spüren zu können“ („C“ 2008/10:1). Es wird hierbei das innere Befinden des Therapeuten angesprochen. So scheint es von Bedeutung zu sein, dass der Therapeut versucht innerlich ruhig zu werden, eine innere Stille herzustellen, bevor er das „Global Listening“ durchführt. Ebenso spielt die Intention bei der Kontaktaufnahme zu den Geweben des Patienten im Durchführungsprozess des „Global Listening“ eine Rolle. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur davon gesprochen, dass der Osteopath von guten Absichten geleitet sein soll, bei der Durchführung des „Global Listening“ den Geweben liebevoll zuhören soll. Diesem Aspekt wird in Kapitel 6.2.4 Aufmerksamkeit geschenkt.

### **6.1.3 Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor allem die Bezeichnungen „Global Listening“ (sechs Nennungen), „General Listening“ (drei Nennungen) oder „Global Ecoute“ (eine Nennung) verwendet werden. Der Begriff des „Global Listening“ scheint sehr treffend gewählt, da dieser vor allem den Aspekt des Zuhörens beinhaltet. Das „Global Listening“ dient dazu einen ersten Eindruck vom Patienten auf Gewebeebene zu erhalten (sieben Nennungen). Es handelt sich dabei um ein diagnostisches Listening mit dem Ziel ein Problem, eine so genannte somatische Dysfunktion zu lokalisieren. Der Therapeut erspürt fasziale Spannungen, fasziale Züge mit Hilfe seiner Hände (siehe Kapitel 6.2.1). Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, dass der Therapeut ohne vorgefasste Meinung versucht in den Körper hineinzuhören, dem Körper zuzuhören. Dabei handelt es sich um einen passiven Prozess, d.h. es wird vom Therapeuten kein Impuls in den Körper des Patienten eingebracht, sondern er befindet sich im Zustand des Zuhörens. Hierzu wurden von den Interviewpartnern Begriffe wie „Spüren“, „Hineinhören“, „Hineinfühlen“ genannt (vier Nennungen), welche im Kapitel Wahrnehmung zusammengefasst wurden. Dies deckt sich mit den dazu in der Literatur gemachten Aussagen (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). In der dazugehörigen Literatur wird als weiterer Aspekt die innere Haltung des Osteopathen während des „Global Listening“ angesprochen. So soll der Therapeut von guten Absichten geleitet werden, wertschätzend und empathisch den Geweben des Patienten zuhören, um sich selbst die Informationsaufnahme zu erleichtern. Diesem Aspekt wird in Kapitel 6.2.4 Aufmerksamkeit geschenkt.

## **6.2 Zielsetzung**

Innerhalb dieser Kategorie wurden Aussagen zusammengefasst, welche sich mit den Zielsetzungen des „Global Listening“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme befassen. Auf Grund der vielfältigen Antworten der zwölf Interviewpartner wurden neun Unterkategorien gebildet. Einige dieser Unterkategorien bringen neue Aspekte hervor, welche so in der Literatur bisher keine Erwähnung fanden.

### **6.2.1 Wahrnehmen faszialer Spannung**

Mit Hilfe des „Global Listening“ sollen, wie schon in Kapitel 3.2 näher ausgeführt, veränderte fasziale Spannungen aufgespürt werden. Zum Auffinden dieser faszialen

Spannungsmuster verwendet der Osteopath eine oder zwei Hände, welche dazu am Körper des Patienten platziert werden (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001). So wie in der Literatur das Auffinden veränderter faszialer Spannung als Zielsetzung genannt wird, findet sich das auch in den Aussagen der Interviewpartner (sieben Nennungen). Das bedeutet, dass die interviewten Osteopathen für das Wahrnehmen faszialer Spannungen, faszialer Züge bei der Durchführung des „Global Listening“ offen sind. Das kann für den einzelnen Osteopathen bedeuten, „[...] dass ich mir einen Überblick, [...], schaffe, wie die Spannungsverhältnisse im Körper sind“ („H“ 2008/12:1), oder dieser „[...] versucht möglichst neutral einen ersten Eindruck zu gewinnen, wo es denn zusammenzieht, sobald die Augen geschlossen sind“ („F“ 2008/11:2). Aus diesen Aussagen geht hervor, dass es sich um Spürinformationen handelt, welche der Therapeut mit dem Tastsinn seiner Hände wahrnimmt. Weiters geht daraus hervor, dass es sich um eine diagnostische Zielsetzung handelt und die Ergebnisse daraus können die weitere Befundaufnahme beeinflussen. D.h. die Ergebnisse beeinflussen die Befundaufnahme insofern, „[...] dass dann gewisse Teile, wo ich spüre, dass da einfach mehr Spannung ist, dass es mich dort hinzieht, dass ich mir das noch einmal genauer anschau, [...] genauer teste“ („H“ 28/12:6), oder „manches Mal zieht mich das Global Listening zu irgendwas hin, [...] dann schaue ich mir das genauer an“ („C“ 2008/10:5), bzw. „[...] ich schaue einfach, wo es mich hinzieht und überlege mir dann intellektuell, welche Organe sind dort; [...] wenn jetzt Jemand zum Beispiel einen Knieschmerz hat, primär und sich dort verletzt hat und ich merke beim Global Listening, dass da irgendetwas im Bereich der Niere ist, dann schaue ich mir die zusätzlich auch an“ („I“ 2008/11: 4). Die Beeinflussung der weiteren Befundaufnahme durch das „Global Listening“ (siehe Kapitel 6.2.7), wie dies im osteopathischen Praxisalltag der Fall ist, wird in der osteopathischen Literatur so nicht angesprochen. Allerdings decken sich die Angaben der Literatur zum diagnostischen Part des „Global Listening“ mit den von den Interviewpartnern gemachten Aussagen (vgl. Kapitel 3.2).

### **6.2.2 Auffinden von Läsionen / Problemzonen**

Von den interviewten Osteopathen wurde immer wieder der Begriff der „Läsion“ verwendet (vier Nennungen), welcher in der Kommunikation der Osteopathengemeinschaft weit verbreitet ist (siehe Kapitel 2.2) und nach neuerer Definition durch den

Begriff der somatischen Dysfunktion ersetzt werden sollte. Allerdings findet sich der Begriff der osteopathischen Läsion deutlich öfter im täglichen Sprachgebrauch der interviewten Osteopathen, als der Begriff der somatischen Dysfunktion. Dies könnte unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass an der Wiener Schule für Osteopathie Professoren aus unterschiedlichen Ländern unterrichten, welche in ihrer eigenen Ausbildung den Begriff der osteopathischen Läsion kennen gelernt haben, diesen heute in ihrem Unterricht verwenden, da zum damaligen Zeitpunkt der Begriff der somatischen Dysfunktion nicht bzw. erst seit kurzem bestand und somit noch nicht im allgemeinen Sprachgebrauch integriert war. Es findet sich der Begriff osteopathische Läsion ebenso in aktueller osteopathischer Literatur, sodass auch dies zum Erhalt des Begriffes im osteopathischen Praxisalltag beiträgt (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Daher werden für ein und dasselbe sowohl in der Literatur als auch in der osteopathischen Praxis immer wieder wechselnde Begriffe gewählt. Dadurch könnten einerseits Missverständnisse in der Kommunikation innerhalb der Osteopathengemeinschaft, andererseits mit anderen medizinischen Berufen entstehen. Wie schon in Kapitel 3.2 ist das Ziel des diagnostischen Listening die Lokalisation eines Problems, die Lokalisation von Störzonen (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006), bzw. das Auffinden von Zonen welche sich in somatischer Dysfunktion befinden. Für Osteopath „G“ gehört das „Global Listening“ immer *„[...] dann zu meinem Prozedere dazu, wenn ich auf der Suche nach einer primären, [...], Läsion bin. Primäre Läsion ist für mich die Läsion, die ich finde und die für mich am Hauptsächlichsten für das Problem des Patienten schuld ist“* („G“ 2008 /11: 4). Osteopath „E“ setzt das „Global Listening“ ein um *„[...] eine primäre Läsion zu finden“* („E“ 2008/11:1). Allerdings findet sich in einer Aussage neben der diagnostischen Zielsetzung auch eine therapeutische Zielsetzung. So könnte der „Global Listening Test“ *„[...] ein Zusatztest [sein], der mir so einen Schlüssel gibt, wo ich denn einsteige [soll]“* („A“ 2008/10:3). Des Weiteren kann es sein, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ als alleiniges Kriterium für den Therapieeinstieg verwendet wird. *„Wenn ich so von der Anamnese und der Befundaufnahme her so gar keine Idee hab, wo ich jetzt anfangen soll“* („A“ 2008/10:3). Aus dieser Aussage kann abgeleitet werden, dass ohne vorhergehender Formulierung einer osteopathischen Diagnose, welche am Ende der Befundaufnahme steht, allein das Ergebnis aus dem „Global Listening“ für die Wahl des therapeutischen Vorgehens herangezogen wird. Da einer jeden Behandlung, also auch der osteopathischen Behand-

lung, eine nachvollziehbare, begründete Diagnose zu Grunde liegen sollte, ergibt sich hieraus eine interessante Diskussion (vgl. Mayer-Fally 2007). Paoletti (2001) merkt dezidiert an, dass der „Global Listening Test“ zwar hilft um eine Problemzone zu lokalisieren, jedoch nicht ausreicht um eine Diagnose zu stellen. In die gleiche Richtung argumentieren Hinkelthein/Zalpour (2006), welche die Listeningtests zur Lokalisation faszialer Irritationen verwenden und speziell darauf hinweisen, dass „[...] die Ursache der faszialen Irritation [...] beim Listening nicht festgestellt [wird]“ (Hinkelthein/Zalpour 2006:15). „Der Ecoute (engl.: listening) ist ein Test und keine Behandlung“ (Barral/Croibier 2008). Ein Interviewpartner spricht dies direkt an, in dem er „[...] nie [die] Vorgehensweise einer Therapie aufs Global Listening aufhängen und damit begründen [würde]“ („B“ 2008/10:12). Sowohl in der Literatur als auch unter den Interviewpartnern findet sich mehrheitlich Zustimmung zur diagnostischen Zielsetzung des „Global Listening“, jedoch unter der Prämisse, dass der „Global Listening Test“ nicht zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose ausreicht und somit nicht für sich allein stehend für die Wahl des Therapieeinstieges verwendet werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieser Diskussion zwei konträre Überlegungen zu Grunde liegen. Einerseits, dass es sich beim „Global Listening“ um einen Test von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme handelt, mit dessen Hilfe das Auffinden einer somatischen Dysfunktion bzw. osteopathischen Läsion erleichtert werden soll, um im Anschluss an die Anamnese und aller anderen Testergebnisse eine osteopathische Diagnose zu formulieren und andererseits, dass der „Global Listening Test“ als direkter Einstieg in die Behandlung, ohne vorhergehende Formulierung einer osteopathischen Diagnose, angewendet wird. Hierzu findet unter Kapitel 6.2.7 und 6.2.8 noch eine vertiefende Diskussion statt. Übereinstimmung herrscht hingegen zwischen den Aussagen der interviewten Osteopathen und den Angaben in der Literatur, dass das „Global Listening“ zu diagnostischen Zwecken eingesetzt wird und dass er eine diagnostische Orientierung vorgeben soll (vgl. Kapitel 3.1).

### **6.2.3 Auffinden von Körperebenen**

Innerhalb dieses Kapitels soll auf jene Zielsetzungen des „Global Listening“ eingegangen werden, mit Hilfe derer versucht wird, Dysfunktionen einer bestimmten Körperebene, z.B. der kraniosakralen Ebene, der viszeralen Ebene etc., zuzuordnen.

Hierzu gab es vier Nennungen, welche auf Grund ihrer Antworten in zwei Unterkategorien aufgeschlüsselt wurden. Eine Unterkategorie beschäftigt sich mit dem Herausfinden auf welcher Körperebene das Problem liegen könnte und eine andere Unterkategorie mit der Zielsetzung, auf welcher Körperebene mit der Therapie begonnen werden soll.

Der Begriff Körperebene ist allerdings sehr unpräzise und kann unterschiedlich interpretiert werden. So könnte damit die Unterscheidung zwischen physischer und psychischer Ebene, oder die Unterscheidung zwischen viszeraler, parietaler und kraniosakraler Ebene gemeint sein. Dabei handelt es sich nicht um die einzigen Unterscheidungskriterien, doch finden diese Bezeichnungen immer wieder in der osteopathischen Literatur Erwähnung (siehe Kapitel 4.3.2). Zuerst soll an dieser Stelle auf die Unterscheidung innerhalb der physischen Körperebenen eingegangen werden. Innerhalb dieser *„[...] kann man feststellen, ob eine Dysfunktion mehr auf der linken oder rechten Seite, mehr anterior oder posterior liegt, ob es sich mehr um eine viscerale oder kraniosakrale Dysfunktion handelt“* (Croibier 2006:215). Eine ähnliche Aussage findet sich bei einem Interviewpartner, für welchen das „Global Listening“ *„[...] eine umfassende Testmethode [darstellt], wo ich mit einem kurzen Check einen Hinweis bekomme, in welche Richtung ich weiter schauen soll. Es gibt mir einen Hinweis, ob das Problem in einer anterioren Faszienskette ist. Ob es viszeral ist, ob es eine dorsale Faszienskette ist [...]. Ja, so in die Richtung“* („L“ 2008/10:1). So kann es sein, dass mit Hilfe des „Global Listenings“ ein erster Eindruck auf Gewebelevel (vgl. „D“ 2008/10) gewonnen wird und somit eine Unterscheidung zwischen *„[...] eher viszeral, eher strukturell [...]“* („B“ 2008/10:4) erfolgt. Diese Differenzierung erfolgt nicht nur innerhalb der verschiedenen physischen Körperebenen, sondern auch zwischen physischer und psychischer Körperebene. In diesem Sinne *„[...] kann aber auch eine Einteilung sein: hormonell [oder] Flüssigkeitsebene [...], [es] kann aber auch sehr viel ins Emotionale hineingehen“* („B“ 2008/10:4). Für Osteopath „K“ gibt es noch weitere Aufschlüsselungen, sodass er mit Hilfe des „Global Listenings“ versucht herauszufinden, ob *„[...] es mehr vom Emotionalen her [kommt, oder] [...] mehr vom Stress, vom Denken her, oder kommt es mehr [...] vom Körperlichen her“* („K“ 2008/11:5). Die von den Interviewpartnern angesprochene Dysfunktion auf psychischer Körperebene, welche das emotionale Befinden mit einschließt und mit Hilfe des „Global Listening“ aufgespürt werden soll, findet auch in der osteopathischen Literatur Zustimmung (vgl. Barral 2004, 2007, Paoletti 2001).

Wie schon eingangs erwähnt, ist es der Osteopathie ein Anliegen den Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen und hierzu gehören die verschiedenen Körperebenen. *„Der Mensch setzt sich aus einem psycho-emotionalen System, dem Bewegungsapparat und einem biochemischen Funktionssystem, das im Dienst der anderen Systeme steht zusammen“* (Ligner 2006:5). Barral (2004, 2007) und Upledger (1999) beschäftigten sich intensiv mit dem negativen Einfluss unverarbeiteter Emotionen auf den menschlichen Körper, vor allem deren Zusammenhang mit den inneren Organen. Der Einfluss der Psyche auf den menschlichen Organismus, die damit verbundene krankmachende Wirkung auf den Körper, findet sich nicht nur in der osteopathischen Literatur, sondern auch in der gängigen Literatur westlicher Medizin. In diesem Zusammenhang wird dann von psychosomatischen Erkrankungen gesprochen, wenn psychische Einflüsse auf somatische Vorgänge und umgekehrt wirken, bzw. psychogene Erkrankungen als Auslöser für somatische Erkrankungen verstanden werden (vgl. Witzel et al. 2010). Die Verbindungen zwischen Soma und Psyche verlaufen über Bahnen des autonomen (vegetativen) Nervensystems und ganz allgemein über den Stoffwechsel (vgl. Croibier 2006). *„Viscerale Erkrankungen psychosomatischen Ursprungs wie beispielsweise Gastritis, Asthma, Dermatitis oder Reizdarm sind in der Schulmedizin als solche anerkannt und beschrieben. [...] In der chinesischen Medizin z.B. ist es undenkbar, Emotionen und die inneren Organe voneinander getrennt zu sehen“* (Barral 2007: 25). In der osteopathischen Literatur wird daher der psychosozialen und psychosomatischen Ebene genauso viel Bedeutung beigemessen, wie allen anderen Körperebenen in der Befundaufnahme (vgl. Fossum 2003, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001, Upledger 1999). Von Ligner (2006) wird dies treffend in einem Satz formuliert, sodass er hier Erwähnung finden soll: *„Der psychologische Aspekt wird durch den Ecoute (engl. Listening) und der Suche nach psycho-emotionalen Dysfunktionen, aber auch durch die Anamnese sowie die Beobachtung des Verhaltens der Patienten angesprochen“* (Ligner 2006:6). Als Erklärungsmodell könnten hierzu Erkenntnisse aus der Faszienforschung dienen, in welchen die verbindende, stützende, schützende, abwehrende, informierende, befördernde und ernährende Funktion des Bindegewebes beschrieben wird (vgl. Kwakman 2010). So haben die Faszien die Fähigkeit rasch auf Reize von außen oder von innen mit Anpassungsvorgängen reagieren zu können (siehe Kapitel 3.3.1). Croibier (2006) verweist darauf, dass bei psychischen Dysbalancen, welche in weiterer Folge zu psychischen Erkrankungen führen können, auch das

autonome (vegetative) Nervensystem beteiligt ist. Da innerhalb der Faszien das Vorhandensein kontraktiler Zellen nachgewiesen werden konnte, welche sich wie glatte Muskelzellen verhalten, vom autonomen (vegetativen) Nervensystem gesteuert werden, könnte es bei einer Erhöhung des Sympathikotonus auch zu einer Spannungserhöhung im Faszien-System kommen (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003). Vor diesen theoretischen Hintergründen kann die Intention zweier Interviewpartner, mit Hilfe des „Global Listening“ psychoemotionale Dysfunktionen aufspüren zu wollen, nachvollzogen werden. Wie schon erwähnt hat ein Interviewpartner angegeben, mit Hilfe des „Global Listening“ einen Eindruck von der Flüssigkeitsebene, von der hormonellen Ebene gewinnen zu wollen. Interessant dazu ist wiederum ein Ausflug in die Faszientheorie (siehe Kapitel 3.3.1). So wird im Bindegewebe, d.h. in den Faszien zwischen zellulären und extrazellulären Bestandteilen unterschieden, wobei die extrazellulären Bestandteile als extrazelluläre Matrix bezeichnet werden, welche neben Kollagen, elastischen Fasern, Grundsubstanz, auch Wasser und nicht – kollagene Proteine enthalten (vgl. Van den Berg 1999). Da es zu einem ständigen Flüssigkeitsaustausch zwischen dem Bindegewebe, den Faszien und den Gefäßen kommt, kann die extrazelluläre Matrix rasch von einem flüssigeren, durchlässigeren in einen an Kollagen reichen und an Wasser armen Zustand und umgekehrt wechseln (siehe Kapitel 3.3.1). Das Faszien-System spielt daher eine wichtige Rolle für den Wasserhaushalt des Menschen. Auf dieser Basis ist es Hormonen, Neurotransmitter, anorganische Ionen, Viren etc. möglich die Faszien zu durchdringen (vgl. Fossum 2003, Scheiterbauer 2010). Es handelt sich hierbei um interessante Erklärungsmodelle für den Einsatz des „Global Listening“, für die Intention eines Interviewpartners, mit Hilfe des „Global Listening“ einen Einblick in die Flüssigkeitsebene, in die hormonelle Ebene zu erhalten. Es finden sich dazu nähere Ausführungen in Kapitel 6.5.1.5, in welchem im Rahmen der Interpretation eine Auseinandersetzung mit Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitsebene stattfindet. Allgemein findet die Zielsetzung, mit Hilfe des „Global Listening“ Dysfunktionen verschiedenen Körperebenen zuordnen zu können, nicht nur in der osteopathischen Literatur, sondern auch bei vier von zwölf Interviewpartnern ihren Widerhall.

#### **6.2.4 Kontaktaufnahme zu den Geweben**

Hierzu finden sich Aussagen von zwei Interviewpartnern („B“, „D“), welche dem Aspekt der Kontaktaufnahme zum Patienten bzw. zu seinen Geweben Aufmerksamkeit schenken. In der osteopathischen Literatur wird, im Gegensatz zur Anzahl der gemachten Aussagen der Interviewpartner, der Art und Weise der Kontaktaufnahme des Therapeuten mit seiner Hand bzw. seinen Händen zum Körper des Patienten viel Aufmerksamkeit geschenkt. Hierbei liegt das Hauptaugenmerk bei der Einstimmung auf die Gewebe des Patienten, welche liebevoll und behutsam begrüßt werden sollen (siehe Kapitel 4.4). Riedl/Schleupen (2010) verweisen darauf wie wichtig es ist mit den Geweben in Resonanz zu treten, sich mit diesen zu identifizieren, ihnen wertschätzend zu begegnen und verweisen ihrerseits auf Magoun, welcher von mentaler Verbindung mit den Geweben spricht. Das wird als wesentliche Voraussetzung für die Durchführung des „Global Listening“, für das Wahrnehmen von Informationen aus dem Körper gesehen (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001). So kann es sein, dass es sich dabei um eine Art Ritual handelt, welches *„[...] meistens am Anfang und am Ende [steht und] [...] so ein bisschen ein „Grüß Gott“ und „Auf Wiedersehen“ sagen ist zum Patienten“* („B“ 2008/10:3). Bei diesem Ritual geht es darum die Gewebe des Körpers mit den Händen behutsam zu begrüßen. Diese innere Haltung lässt den Rückschluss zu, dass von dem Interviewpartner ein respektvoller Zugang zum Patienten und damit zu seinen Geweben gewählt wird. Es wäre sinnvoll gewesen die Interviewpartner direkt nach deren innerer Haltung bei der Kontaktaufnahme zu den Geweben des Patienten zu befragen. Es kann daher nicht darauf geschlossen werden, ob nur bei zwei von zwölf Interviewpartnern diese respektvolle Art und Weise der Kontaktaufnahme eine Rolle spielt, oder ob das für alle Befragten von Bedeutung ist und in der Praxis stattfindet.

#### **6.2.5 Beurteilung der Midline**

Als weitere Zielsetzung wurde beim „Global Listening“ das Auffinden der Struktur der Midline (Mittellinie), die Bestimmung der Form der Midline, angeführt. Obwohl nur eine Nennung dazu erfolgte, soll trotzdem darauf eingegangen werden, da es von allgemeinem Interesse zu sein scheint, auf welche vielfältigen Aspekte beim „Global Listening“ geachtet werden kann. Bei dem Begriff Midline handelt es sich um einen sehr vielschichtigen Begriff, welcher nicht in einem Satz zu definieren ist. Die

historische Entwicklung der „Midline – Osteopathie“ beginnt für Van Den Heede mit der „Still – Osteopathie“, geht über die „Sutherland - Osteopathie“ (Dr. William Garner Sutherland → Begründer der kraniosakralen Osteopathie) und reicht bis heute hin zu Jim Jealous, dem Begründer der „biodynamischen Osteopathie“ (vgl. Dunshirn 2006). So gibt es, je nach oben genannten Osteopathen, unterschiedliche Beschreibungen für die Midline, wobei zur Veranschaulichung auf eine näher eingegangen werden soll. Sie ist an Van den Heede angelehnt, da es sich zurzeit um die vielleicht *„[...] wichtigste und bekannteste Theorie [...] handelt, welche es zur [...] osteopathischen Midline gibt“* (Dunshirn 2006:42).

*„Ventrale Mittellinie: „Chorda dorsalis-Linie, steht für die Wirbelsäule, „Überbleibsel“ beim Erwachsenen z.B. in Form des Nucleus pulposus,[...] repräsentiert das „Alte“*

*Dorsale Mittellinie: steht für das Neuralrohr und das Liquorsystem. „Flüssigkeitslinie“, repräsentiert die Möglichkeit zur „Integration“*

*Anteriore Mittellinie: „Jüngste“ Linie, „Immunologische Linie“, repräsentiert die Möglichkeit zur „Adaptation“ (Dunshirn 2006:48).*

Nach Aussage dieses einen Interviewpartners kann beim „Global Listening“ die Aufmerksamkeit unter anderem auf die Midline gelegt werden, *„[...] um die Struktur, um die Form der Midline zu sehen. Die Midline ist oft nicht genau in der Mitte. Die kann schräg im Körper liegen, die kann eben s-förmig durch den Körper laufen. Das ist häufig so“* („H“ 2008/12:5). Daraus geht nicht hervor, auf welche der oben genannten Mittellinien der Interviewpartner beim „Global Listening“ achtet. Dunshirn (2006) erwähnt in ihrer Masterthese, dass die Ecoute Tests für den geübten Osteopathen besonders geeignet erscheinen, um *„[...] relativ rasch einen ersten Eindruck von der ML [Midline] des Patienten zu bekommen“* (Dunshirn 2006:146). An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass der Begriff Midline eher von Osteopathen mit Weiterbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie verwendet wird. So weist Osteopath „H“ Zusatzausbildungen in beiden Bereichen auf und es handelt sich daher für ihn um einen sehr gebräuchlichen Begriff. In der allgemeinen osteopathischen Literatur finden sich zum Thema „Global Listening“ und Midline keine Hinweise, diese finden sich mehrheitlich in einschlägiger Literatur mit den Schwerpunkten kraniosakrale Osteopathie, Midline - Osteopathie und biodynamische

Osteopathie (vgl. Dunshirn 2006). Wobei innerhalb dieser Literatur nicht auf den „Global Listening Test“ selbst eingegangen wird, sondern sich lediglich einzelne Hinweise dazu finden.

### **6.2.6 Andere Ansätze**

Unter dieser Kategorie wurden Aussagen zusammengefasst, welche sich keiner der bisher verwendeten Kategorien zuordnen lassen und doch Erwähnung finden sollen. Es handelt sich hierbei um Aspekte einzelner Interviewpartner, welche sich einerseits mit dem Auffinden von Nahrungsmittelunverträglichkeiten (eine Nennung) und andererseits mit dem Feststellen der Befindlichkeit des Patienten (drei Nennungen), während oder am Ende einer osteopathischen Behandlung, beschäftigen.

#### **6.2.6.1 Ernährung und Nahrungsmittelunverträglichkeit**

Obwohl nur eine Nennung zu diesem Thema vorliegt, scheint es sich insofern um einen interessanten Ansatz zu handeln, dass Osteopath „D“ das „Global Listening“ als Schnelltest zum Feststellen einer Nahrungsmittelunverträglichkeit einsetzt. *„[...] wenn zum Beispiel die Fragestellung kommt, ob ein Kind eine bestimmte Substanz verträgt oder nicht verträgt. [...] Da ist das „Global Listening“ wirklich eine sehr schnelle Möglichkeit [um] zu schauen, wie die Gewebereaktion ist, wenn man das Kind auch nur über die Haut, oder einfach über die Oberfläche mit der Substanz kontaktiert“* („D“ 2008/10). Das Thema Ernährung und deren Bedeutung für die Energieversorgung des menschlichen Körpers, für die Erhaltung der Gesundheit an sich, stellt einen wichtigen Part in der osteopathischen Befundaufnahme dar (vgl. Croibier 2006, Heesen 2001, Hinkelthein/Zalpour 2006). Daher finden sich in osteopathischen Befundbögen Fragen zum Thema Ernährung, zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten und zu Allergien, um Belastungen für den Gesundheitszustand ausfindig machen zu können. So können Essstörungen wie z.B. eine Anorexie auf Grund der daraus resultierenden Mangelerscheinungen zu vorzeitiger Osteoporose, Müdigkeit, Erschöpfungszuständen und / oder Gelenksproblemen, wegen zu gering ausgeprägter Muskulatur, führen (vgl. Mayer-Fally 2008). Aber auch Nahrungsmittel, welche längerfristig eine Übersäuerung des Körpers bedingen, sind für die osteopathische Befundaufnahme bedeutsam, da diese zu Problemen im Stützapparat, wie z.B. zu Muskelkrämpfen, zu Sehnenproblematiken, zu Osteoporose etc. führen können (vgl. Ligner 2008, Pruijboom/Van Dam 2005, Unger/Viernstein 2009). Laut

Pruimboom/Van Dam (2005) hat das Knochengewebe die Fähigkeit Säuren zu puffern und kann positiv zur Säure – Basenregulation, neben anderen Puffersystemen des menschlichen Körpers wie der Atmung, der Ausscheidung von Säuren über die Nieren etc. beitragen. Falls die Regulationsmechanismen des menschlichen Körpers nicht mehr ausreichen um ein Säure – Basengleichgewicht herzustellen, werden die nicht eliminierten Säuren im Bindegewebe zwischengespeichert. Dies bedingt einen Verlust an Elastizität in den bindegewebigen Strukturen, zu denen das Faszien system zählt (vgl. Pruijboom/Van Dam 2005). Da es beim „Global Listening“ darum geht veränderte fasziale Spannungen aufzuspüren, könnten die beschriebenen physiologischen Veränderungen im Bindegewebe, d.h. in den Faszien als Erklärungsmodell für den Einsatz des „Global Listening“ zum Feststellen eines unausgeglichene Säure – Basenhaushaltes im Praxisalltag herangezogen werden. Des Weiteren soll auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten, auf allergische Reaktionen im Zusammenhang mit Nahrungsmitteln und den daraus resultierenden Belastungen für den menschlichen Körper eingegangen werden. Die klinische Ökologie beschäftigt sich seit den 80iger- Jahren mit den industriell hergestellten Nahrungsmitteln und es ergaben sich Zweifel an der Sicherheit dieser Produkte, vor allem im Bezug auf Zusatzstoffe und Rückstände (vgl. Riedl/Schleupen 2010). *„Die stark angestiegenen Allergien und Unverträglichkeiten heutzutage scheinen diese frühen Warner zu bestätigen, [...]“* (Riedl/Schleupen 2010:41). Es verwundert nicht, dass in medizinischer Literatur darauf hingewiesen wird, dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu allergischen Reaktionen wie z.B. Hautekzemen, Asthma bronchiale und Verdauungsbeschwerden führen können. Croibier (2006) spricht in von der so genannten Gesundheitswaage, welche auf der einen Seite die sich negativ auswirkenden Faktoren und auf der anderen Seite, die sich positiv auswirkenden Faktoren auflistet. Auf der Seite der negativen Faktoren werden neben Traumata, Umweltverschmutzung, Giften, Suchtmittel, eine unausgewogene Ernährung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten etc. als krank machende Faktoren angeführt. Solange sich die Waagschalen zwischen gesundheitsfördernden und krankmachenden Faktoren das Gleichgewicht halten, befindet sich die betreffende Person im Zustand der Gesundheit (vgl. Croibier 2006). Nehmen jedoch die sich negativ auswirkenden Faktoren zu, so kann dies zur Entstehung von Krankheit beitragen. Dem Körper ist es nicht mehr möglich seine Homöostase wieder herzustellen und seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren (vgl. Brazzo 2004, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Da Patienten die osteopathische

Praxis mit unterschiedlichsten Dysfunktionen aufsuchen ist es für den behandelnden Osteopathen von Interesse, wie weit der Körper die Fähigkeit besitzt, seine Homöostase wieder herzustellen, bzw. welche Faktoren diese Fähigkeit beeinträchtigen und die ihm innewohnende Selbstheilungskraft negativ beeinflussen. „*Es ist die Aufgabe der Osteopathie, diese Selbstheilungskräfte zu unterstützen oder anzuregen*“ (Hermanns 2007:26). Dabei handelt es sich um ein osteopathisches Grundprinzip, welches von Dr. A. T. Still, dem Begründer der Osteopathie, postuliert wurde. Auch aus diesem Grund ist es notwendig sich im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme, im Speziellen in der Anamnese, einen Überblick über krankmachende Faktoren zu verschaffen, so auch über Nahrungsgewohnheiten und evt. vorhandene Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Des Weiteren finden sich interessante Überlegungen aus dem Bereich der Faszientheorie (siehe Kapitel 3.3.1). Da im Faszien-system kontraktile Zellen nachgewiesen werden konnten, welche vom autonomen (vegetativen) Nervensystem gesteuert werden, ist es vorstellbar, dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten z.B. Intoleranzen gegen Histamin, Fructose, Lactose etc. für den Körper eine Stresssituation darstellen und somit eine Spannungserhöhung im Faszien-system bedingen. Des Weiteren können hierbei z.B. Hautreaktionen, Magen-Darmbeschwerden, respiratorische Reaktionen wie Asthma bronchiale etc. beobachtet werden (vgl. Witzel et al. 2010), welche ebenfalls von osteopathischen Interesse sind. Das Faszien-system spielt auch eine wichtige Rolle für den Wasserhaushalt des Menschen und ermöglicht Hormonen, Neurotransmittern, anorganischen Ionen etc., es zu durchdringen. Inwieweit dies für Allergene gilt, kann an dieser Stelle nicht eindeutig beantwortet werden. Es könnte jedoch ein Diskussionsprozess darüber in Gang gesetzt werden, inwieweit das Faszien-system mit einem Elastizitätsverlust, mit Spannungsveränderungen auf Allergene reagiert. Auch vor diesem Hintergrund wäre der Einsatz des „Global Listening“ als Schnelltest zur Feststellung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten eine Möglichkeit. In der osteopathischen Literatur finden sich in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ keine Aussagen, d.h. es wird dieser Test als Befundungsinstrument zum Feststellen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten weder erwähnt noch empfohlen. Da es sich hierbei um eine Einzelnennung handelt, im Interviewleitfaden fanden sich dazu auf Grund der Literaturrecherche keine Fragen, kann kein Rückschluss gezogen werden, ob auch andere Interviewpartner das „Global Listening“ mit diesem Ziel einsetzen.

### 6.2.6.2 Befindlichkeit des Patienten

Wie eingangs erwähnt gab es zu dieser Zielsetzung des „Global Listenings“ drei Nennungen („B“, „C“, „D“). Die Interviewpartner gaben an, mit Hilfe des „Global Listenings“ ein Diagnoseinstrument in Händen zu halten, welches ihnen ermöglicht, während oder nach einer osteopathischen Behandlung, das Befinden des Patienten festzustellen. Darunter kann einerseits der allgemeine Gesundheitszustand und andererseits das psychische Wohlbefinden des Patienten verstanden werden. Dem Aspekt der psychosozialen, emotionalen Ebene und deren Bedeutung für den allgemeinen Gesundheitszustand, wurde in den Kapiteln 4.3.2 und 6.2.3 Aufmerksamkeit geschenkt. Hierauf soll an dieser Stelle nicht mehr näher eingegangen werden, allerdings konnte aus den folgenden Aussagen ein weiterer neuer Aspekt des „Global Listening“ generiert werden. Wenn der Patient nicht gerne über sein Befinden redet bzw. Schwierigkeiten hat, sein inneres Befinden in Worte zu fassen, dann kann das „Global Listening“ zur Einschätzung des Befindens des Patienten hilfreich erscheinen. Da es sich um einen Test handelt mit welchem es dem Osteopathen ermöglicht wird einen Gesamteindruck des Patienten zu erhalten, kann der Test laut Osteopath „B“ auch dazu eingesetzt werden, um *„[...] teilweise [einen] Eindruck des Tageszustandes des Patienten zu bekommen, wo der jetzt steht, wo er was braucht. [...] teilweise auch im Hinterkopf habe, über welchen Zugang der Osteopathie ich vielleicht anfangen [soll]“* („B“ 2008/10:4). Als weiterer Aspekt wurde in diesem Zusammenhang von Osteopath „D“ angegeben, dass er diesen Test dann anwendet, wenn eine andere Person gerne eine Auskunft über den Gesundheitszustand, über den Tageszustand hätte. Dabei kann es sich um den Patienten selbst, welcher die Frage nach seinem Befinden stellt und gerne eine Einschätzung des momentanen Gesundheitszustandes hätte, um den behandelnden Arzt, oder bei Kindern um den Erziehungsberechtigten handeln. Osteopath „D“ formuliert das folgendermaßen: *„Wenn es vor allem darum geht, dass jemand eine Beurteilung der aktuellen Situation haben möchte. Dann mache ich es prinzipiell. Weil es einfach ein Baustein ist, sehr schnell, effizient eine Idee zu bekommen, [...]“* („D“ 2008/10:2). Die gemachten Aussagen unterscheiden sich insofern, dass sie mit einer unterschiedlichen Intention durchgeführt werden. Hierzu soll der Begriff Faktorenebene eingeführt werden, d.h. von welchen Faktoren hängt die Entscheidung zur Durchführung des „Global Listenings“ ab. Im ersten Fall handelt es sich um die Faktorenebene „Therapeut“ und im zweiten Fall, um die Faktorenebene „Intention von außen“. Bei der Faktorenebene

„Therapeut“ entscheidet der behandelnde Osteopath, ob und mit welcher Fragestellung er das „Global Listening“ durchführt. Hingegen hängt die Entscheidung zur Durchführung des „Global Listening“ bei der Faktorebene „Intention von außen“ von einer anderen Person ab. Sowohl zur ersten als auch zur zweiten Faktorebene finden sich in der Literatur, welche sich mit dem „Global Listening“ beschäftigt, keine Hinweise, da dieser Test als ein Baustein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme und nie als alleiniges Diagnoseinstrument gesehen wird. Da es zu dieser Kategorie nur drei Nennungen gab und auf Grund des Literaturstudiums keine Fragen zu diesem Thema im Interviewleitfaden enthalten waren, wurden alle anderen Interviewpartner dazu nicht explizit befragt. Daher kann an dieser Stelle keine Auskunft darüber gegeben werden, inwieweit auch andere Interviewpartner Auskunft über das Befinden des Patienten mit Hilfe des „Global Listening“ einholen.

### **6.2.7 Formulierung einer Osteopathischen Diagnose**

Innerhalb dieser Fragenkategorie wurden die Interviewpartner dezidiert danach gefragt, inwieweit das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ hilfreich bei der Formulierung einer osteopathischen Diagnose ist (fünf Nennungen). Der Begriff osteopathische Diagnose wurde unter Kapitel 2.1 näher erläutert. So ist die Erstellung einer Diagnose zweifelsfrei der wichtigste Teil einer erfolgreichen Behandlung. Häufig wird in der Praxis vergessen, „[...] dass *mindestens 75% einer erfolgreichen Behandlung aus der Diagnose bestehen*“ (Liem/Dobler 2002:74). Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass der Prozess der Befunderhebung nicht mit der Formulierung einer osteopathischen Diagnose verwechselt werden soll. Während einer osteopathischen Untersuchung werden viele Befunde erhoben, doch nur deren Interpretation im Kontext mit den osteopathischen Prinzipien führt zu einer osteopathischen Diagnose. Mayer-Fally (2007) verweist darauf, dass sich im Behandlungsverlauf die osteopathische Diagnose verändern, erweitern oder durch neue Erkenntnisse verworfen werden kann. Da es sich um einen Entscheidungsprozess handelt, an dessen Ende die osteopathische Diagnose steht, findet sich in der Literatur der „Global Listening Test“ als ein Test von vielen innerhalb der Befundaufnahme. Zwei der fünf Interviewpartner, welche sich zu diesem Fragenkomplex direkt äußerten, gaben an, dass der „Global Listening Test“ als ein Baustein von vielen innerhalb der Befundaufnahme gesehen wird und insofern als hilfreich bei der Diag-

nosefindung erlebt wird. „[...] er bereitet mir einen Weg vor und ich gehe den Weg nach, um die Diagnose feststellen zu können. Also er ist sicher ein Baustein für die Diagnose. [...] bei einigen mehr und bei anderen wieder weniger“ („C“ 2008/10:7). Für Osteopath „D“ stellt der „Global Listening Test“ einen Teilaspekt innerhalb der Befundaufnahme dar, welcher für sich alleine noch keine osteopathische Diagnose ergibt, sehr wohl aber als hilfreich bei der Erstellung dieser erlebt wird. Diese Aussagen decken sich mit den Angaben in der osteopathischen Literatur (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Bei drei Interviewpartnern beeinflusst er zwar den Befundungsprozess, er dient jedoch nicht der Erstellung einer osteopathischen Diagnose, d.h. er wird nicht als hilfreich für die Diagnosestellung erlebt. „[...] Hilft er mir bei der Diagnose? Also bei der Diagnosefindung? [...] nein [...]. Er ist ein Stück von vielen“ („F“ 2008/11:4). Osteopath „G“ bringt als zusätzliches Kriterium den Stellenwert von manuellen Befundungsinstrumenten in die Diskussion mit ein. „Nein, die osteopathische Diagnosestellung erfolgt bei mir immer ausschließlich auf Grund der Mobilitätstest und das ist das „Global Listening“ nicht. Und somit dient es mir auch nicht zur Diagnosestellung [...]. Für mich sind wesentlich wichtiger die detaillierten Mobilitätstest. Die haben einen wesentlich höheren Stellenwert“ („G“ 2008/11:8). Diese Aussage ist insofern interessant, da hierbei nur die Ergebnisse aus den Mobilitätstests zur Formulierung der osteopathischen Diagnose herangezogen werden. Eine weitere Aussage tendiert in dieselbe Richtung, d. h. der „Global Listening Test“ wird als weniger „wissenschaftlich“ als andere Tests eingestuft. „[...] es gibt eine Reihe von Tests, die klinisch täglich gemacht werden, nicht nur in der Osteopathie,[...], die dort den Kliniker, den Praktiker unterstützen, seine Diagnose zu finden, die aber die und die Komponenten dabei haben, die einfach wissenschaftlich nicht haltbar sind. Da würde da für mich das „Global Listening“ dazu gehören“ („B“ 2008/10:12). Diese Tatsache bewegt den betreffenden Osteopathen dazu seine Vorgehensweise innerhalb einer Therapie nie mit dem Ergebnis aus dem „Global Listening“ zu begründen, obwohl dieser im Praxisalltag das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für die Wahl des Therapieeinstieges und der Behandlungstechnik verwendet. Das lässt den Rückschluss zu, dass nur so genannte wissenschaftliche Tests als Begründung für die Auswahl des Therapieeinstieges und /oder Auswahl von Behandlungstechniken herangezogen werden dürfen. Dieses innere Wertesystem findet sich in der osteopathischen Literatur nicht, d.h. es finden sich in der Literatur keine Aussagen zum Stellenwert einzelner Tests. So wird

im Rahmen der Befundaufnahme zwischen „allgemeiner Untersuchung“, hierzu gehören unter anderem die „Listening Tests“ und die „segmentale Untersuchung“ (vgl. Liem/Dobler 2002), bzw. zwischen so genannten „funktionellen Tests“ und Tests zur Differenzialdiagnose unterschieden. Zu den so genannten „funktionellen Tests“ werden neben dem „Global Listening“ und dem „Local Listening“, die Thermodynamik, die kraniosakralen Tests, die Inspektion, die allgemeine Palpation etc. gezählt (vgl. Croibier 2006, Greenman 2000, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). Die speziellen Mobilitätstests, welche zu den strukturellen Tests zählen (z.B. strukturelle Tests zur Untersuchung der Wirbelsäule und Extremitätengelenke etc.), stehen dabei nicht im Gegensatz zu den „funktionellen Tests“, sondern *„[...] stellen eine nützliche gegenseitige Ergänzung dar“* (Croibier 2006:60). Daraus kann abgeleitet werden, dass es keine Unterscheidung zwischen den einzelnen Tests im Sinn von wertvoll und weniger wertvoll gibt, sondern dass die einzelnen Befundungsinstrumente gleichberechtigt nebeneinander stehen. Die Tatsache, dass die „funktionellen Tests“ in der manuellen Medizin weniger bekannt sind bedeutet nicht, dass Sie einen geringeren Stellenwert innerhalb des osteopathischen Befundungsprozesses haben. Die strukturellen differentialdiagnostischen Tests und dazugehörigen Techniken, decken nur einen Teil der osteopathischen Befundung und Behandlung ab und würden für sich allein dem ganzheitlichen Ansatz der Osteopathie nicht gerecht. Daher ist die Aussage, dass allein die Ergebnisse aus den manuellen Tests zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose herangezogen werden, auf Grund eines nicht näher definierten inneren Wertekatalogs, nicht zu verallgemeinern. Dieses Vorgehen kann auch nicht mit Ergebnissen aus Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren begründet werden (siehe Kapitel 4.1), da diese ebenfalls eine schwache bis leidliche Intrarater-Reliabilität aufweisen (vgl. Gemmell/Miller 2005, Hawk et al. 1999, McConell et al. 1980, , Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005). Aus diesem Grund erscheint es ebenso wenig sinnvoll, eine Bewertung zwischen speziellen Mobilitätstests und den so genannten funktionellen Tests auf Grund von Reliabilitätsstudien vorzunehmen.

Als Resümee kann festgehalten werden, dass der „Global Listening Test“ von zwei Interviewpartnern als hilfreich für die Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt wird. Er wird als ein Baustein von vielen innerhalb des osteopathischen Befundungsprozesses gesehen, was sich mit den dazu gemachten Angaben in der Literatur deckt (siehe Kapitel 3.2). Bei drei Interviewpartnern wird er innerhalb des Befun-

dungsprozesses angewendet, allerdings wird das Ergebnis nicht zur Formulierung der osteopathischen Diagnose herangezogen. Als Begründung dafür wird eine nicht vorhandene Wissenschaftlichkeit des „Global Listening“ genannt, welche hingegen den manuellen Tests zugestanden wird. Diese Bewertung ist im Hinblick auf vorhandene Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren nicht haltbar.

### **6.2.8 Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen**

Es gaben sechs der zwölf Interviewpartner an, die Ergebnisse aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für die Wahl des therapeutischen Vorgehens heranzuziehen. Darunter kann einerseits verstanden werden, auf welcher Körperebene, an welchem Ort der Osteopath mit der Behandlung beginnen soll, andererseits welche Behandlungstechniken in der momentanen Behandlung angewendet werden sollen. Dies kann für Osteopath „A“ bedeuten, dass er den „Global Listening Test“ dann einsetzt, *[...] wenn ich so von der Anamnese und der Befundaufnahme her so gar keine Idee hab, wo ich jetzt anfangen soll. [...] Wo wäre denn so die zentrale Läsion, oder wo wäre denn so das Ding, wo man am Besten einsteigen könnte* („A“ 2008/10:3). Es könnte aber auch sein, dass der Therapeut einen Eindruck vom momentanen Zustand des Patienten, vom Tageszustand des Patienten erhalten möchte, um darauf abgestimmt seinen therapeutischen Zugang zu wählen (vgl. „B“ 2008/10) z.B. *„[...] hält der heute eine strukturelle Arbeit aus oder nicht“* („B“ 2008/10:4). Allgemein wird das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ für die Wahl des Therapieeinstieges einerseits bezogen auf den Ort und andererseits bezogen auf die Körperebene als hilfreich erlebt (vgl. „A“, „B“, „D“, „E“, „F“, „K“). An den Aussagen ist zu erkennen, dass der „Global Listening Test“ nicht nur innerhalb der Befundaufnahme, sondern auch am Beginn und / oder während der Behandlung eingesetzt wird und in weiterer Folge die Wahl der Behandlungstechnik beeinflussen kann. Inwieweit das „Global Listening“ immer mit dieser Zielsetzung eingesetzt wird, bzw. bei welchen Patienten das „Global Listening“ den entscheidenden Ausschlag für die Wahl des Therapieeinstieges gibt, geht aus den Interviews nicht hervor. Aus den Aussagen geht außerdem nicht hervor, ob bei jedem Patienten das „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen am Beginn und / oder während der osteopathischen Behandlung eingesetzt wird. Es scheint jeder der sechs Osteopathen für sich einen eigenen Kriterienkatalog zu besitzen nach welchem er dann entscheidet, wann und bei welchem Patienten er den „Global

Listening Test“ mit oben genannten Zielsetzungen einsetzt. Unabhängig von diesen differierenden internen Auswahlkriterien ist den Aussagen doch eines gemeinsam, nämlich den „Global Listening Test“ als Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen während der Behandlung zu verwenden. Diese zusätzliche Zielsetzung des „Global Listening“ findet keine Resonanz in der osteopathischen Literatur. Es finden sich unter den zwölf befragten Osteopathen Aussagen von drei Interviewpartnern, welche konträr zu den sechs Nennungen sind. D.h. das „Global Listening“ wird als ein Puzzlestein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gesehen, auf Grund dessen kein Therapieeinstieg gewählt wird. *„Also ich mache das „Global Listening“ nicht und sage dann: „Ah, jetzt muss ich nur viszeral arbeiten, weil es mich zur Leber hin geführt hat. So mache ich es eigentlich nicht“ („C“ 2008/10:6).* *„Also sozusagen, für das was ich therapeutisch mache gibt es mir keinen Hinweis“ („D“ 2008/10:2).* Wobei Osteopath „D“ das Ergebnis aus dem „Global Listening“ für den Therapieeinstieg selbst als hilfreich erlebt. In diesen Fällen wird das „Global Listening“ als Teilaspekt innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme und nicht als Instrument zur Auswahl des Therapieeinstieges oder der therapeutischen Maßnahmen gesehen.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass sechs der zwölf befragten Osteopathen den bisher bekannten Anwendungsbereich des „Global Listening“ insofern erweitert haben, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für den Therapieeinstieg und / oder für die Auswahl der Behandlungstechnik eingesetzt wird. Dies kann als neuer Aspekt im Anwendungsbereich des „Global Listening“ gesehen werden, da sich in der Literatur dazu keine Angaben finden. Auf Grund der geringen Anzahl von Interviewpartnern, bedürfte es einer größeren Stichprobe z.B. im Rahmen einer standardisierten Befragung, um eine allgemein gültige Aussage treffen zu können.

### **6.2.9 Evaluation**

Es gaben acht von zwölf interviewten Osteopathen an, das „Global Listening“ regelmäßig, entweder zwischendurch oder am Ende der Therapie, zur Evaluierung der Behandlungseffekte einzusetzen. Da dies unter den Interviewpartnern einen hohen Stellenwert einnimmt, soll zu Beginn auf das Thema „Evaluierung“, in Zusammenhang mit Diagnosestellung und Behandlung, eingegangen werden. Das Wort Evaluierung bezeichnet jenen Vorgang bei dem es zur Bewertung, Beurteilung von bereits

Bestehendem kommt. Da am Ende jeder Diagnose eine Hypothese für das bestehende Problem des Patienten formuliert werden sollte, ist es notwendig diese im Verlauf der Therapie immer wieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu verifizieren bzw. falsifizieren, d.h. sein therapeutisches Konstrukt zu evaluieren (vgl. Mayer-Fally 2007). Dazu ist es notwendig, dass der behandelnde Therapeut über ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein und beruflicher Kompetenz verfügt. Die berufliche Kompetenz wird von Mayer-Fally (2007) durch folgende vier Bereiche definiert: Fachkompetenz, darunter fallen berufsspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten; Methodenkompetenz; Sozialkompetenz und Personalkompetenz, welche die Fähigkeit beschreiben, sich selber zu reflektieren und zu hinterfragen. Für den Osteopathen bedeutet verantwortungsbewusstes Arbeiten all die genannten Kompetenzen zu verinnerlichen und im täglichen Arbeitsprozess zu integrieren und sein Handeln zu reflektieren (vgl. Mayer-Fally 2007). Ähnlich formulieren das Liem/Dobler (2002) wenn sie darauf verweisen, dass der Therapeut sein Handeln regelmäßig, sowohl auf die Wirksamkeit der ausgewählten Behandlungstechniken als auch im Hinblick auf das individuelle Befinden des Patienten, evaluieren sollte. Im Bereich der strukturellen Osteopathie ist die Nachuntersuchung des behandelten Körperabschnittes mit Hilfe manueller Mobilitätstest als fixer Bestandteil integriert (vgl. Greenman 2000). In der kraniosakralen Osteopathie wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es sowohl innerhalb der Behandlung als auch nach der Behandlung zu Reaktionen z.B. im Sinn von kurzfristiger Verstärkung der Symptome kommen kann und dass der Therapeut Rücksicht bzgl. der Auswahl seiner Behandlungstechnik und des Zeitabstandes zwischen den einzelnen Behandlungen nehmen soll (vgl. Liem 1998). Allerdings werden nicht explizit Tests angeführt, welche am Ende einer Behandlung zur Evaluierung der Therapie herangezogen werden sollen, jedoch impliziert die Tatsache, dass die Therapie auf die Reaktionen des Patienten abgestimmt werden soll, eine Form der Reflexion bzgl. der gesetzten Maßnahmen. Im Bereich der viszeralen Osteopathie wird unter anderem das „Local Listening“ zur Auffindung von Organdysfunktionen herangezogen. Mit Hilfe dieses „Local Listening“ kann in weiterer Folge die Motilität jedes einzelnen Organs (dabei handelt es sich um ein organotypische Bewegung, die dem Organ selbst inne wohnt) festgestellt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass am Ende der Behandlung mit Hilfe des „lokalen Ecoute Test“ die Motilität erneut überprüft werden soll (vgl. Barral/Mercier 2005). Auf Grund der in der Literatur gemachten Angaben kann jedoch keine Aussage getroffen

werden, inwieweit der „lokale Ecoute Test“ regelmäßig zur Evaluierung der Behandlung angewendet wird. Interessanterweise finden sich in der osteopathischen Literatur nur vereinzelt Aussagen zum „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument. *„Am Ende der Behandlung steht immer eine erneute Induktion und ein „Ecoute Test“ (Paoletti 2001:287). „Sie helfen uns auch, die Effizienz unserer Behandlung zu überprüfen. Diese Tests verändern sich sofort, wenn das in einer Funktionskette gestörte Element korrigiert wurde“ (Croibier 2006:212).* Diese kaum vorhandenen Hinweise in der Literatur stehen im Gegensatz zu den von den Interviewpartnern gemachten Aussagen, da acht von zwölf Osteopathen (66,7%) das „Global Listening“ zur Evaluierung einsetzen. Wenn das „Global Listening“ während der Behandlung durchgeführt wird, so findet dies mehrheitlich in der Ausgangsstellung Rückenlage statt. Der Einsatz des „Global Listenings“ als Evaluierungsinstrument kann sich derart gestalten, dass der „Global Listening Test“ zu Beginn der Behandlung angewendet wird, *„[...] dann behandle ich dort, wo ich das Gefühl habe dort braucht er es und wenn ich sozusagen etwas gelöst habe, dann schaue ich wieder mit dem „Global Listening“ ob das jetzt in Ordnung ist“ („E“ 2008/11:2).* Für Osteopath „B“ handelt es sich um *„[...] eine schöne Möglichkeit schnell einen Eindruck zu gewinnen, [...], ob sich etwas verändert hat oder nicht“ („B“ 2008/10:2), bzw. „[...] wenn es so eine sehr überlagerte Geschichte ist, dann schaue ich schon noch einmal nach, ob das, was ich heute behandelt habe, auch wirklich aus dem Körper jetzt draußen ist. Ob ich diesen Zug jetzt weggebracht habe“ („F“ 2008/11:4).* Dieser Einsatz des „Global Listening“ kann als ergebnisorientierte Evaluierung bezeichnet werden, da das Ergebnis der Behandlung damit bewusst überprüft wird. Es findet sich unter den Interviewpartnern eine Aussage, welche ein Beispiel für eine prozessorientiert Evaluierung ist. So wird das „Global Listening“ *„[...] oft auch am Ende der Behandlung eingesetzt, [...] beim liegenden Patienten, [um zu schauen], was jetzt noch zu bearbeiten wäre“ („I“ 2008/11:2).* D.h. es wird hiermit der Behandlungsprozess überprüft und gegebenenfalls die weitere Vorgehensweise in der Behandlung darauf abgestimmt. Inwieweit das „Global Listening“ regelmäßig oder nur bei Bedarf eingesetzt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Auf Grund der Aussagen der Interviewpartner erschien es sinnvoll drei Faktorebenen einzuführen. Diese Faktoren wurden wie folgt benannt: Faktorebene Befund, Faktorebene Patient, Faktorebene Therapeut. Für manche der befragten Osteopathen spielen mehrere Faktorebenen in ihrem

Entscheidungsprozess eine Rolle, daher kann es im Folgenden zu Mehrfachnennungen kommen.

### **Faktorebene Befund**

Eine wichtige Voraussetzung für die Faktorebene Befund ist die Tatsache, dass der „Global Listening Test“ im Rahmen des Befundungsprozesses ein klares Ergebnis zeigen muss, um zur Evaluierung eingesetzt werden zu können (zwei Nennungen). So verwendet ihn Osteopath „L“ *„[...] immer bei der ersten Behandlung, nicht hundertprozentig bei Folgebehandlungen, [...] vor allem dann, wenn es ein besonders auffälliger Befund über das „Global Listening“ war,[...], dann schaue ich es nach der Behandlung noch einmal an, ob das jetzt anders ist“* („L“ 2008/10:2). In gleicher Art und Weise äußert sich Osteopath „J“, welcher immer dann Tests zur Evaluierung einsetzt, wenn diese zuvor in der Befundaufnahme *„[...] ein deutliches Ergebnis [gebracht haben], wobei er angibt [...] dann diese Tests nach der Therapie [zu] wiederholen und schauen, ob sie sich verändert haben. Dann ist es für die Evaluierung, auch wenn das jetzt beim „Global Listening“ zugetroffen hat, etwas Wichtiges“* („J“ 2008/11:5).

### **Faktorebene Patient**

Im Bereich der Faktorebene Patient hängt der Einsatz des „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument davon ab, wie die Reaktionen des Patienten am Ende der Behandlung sind (drei Nennungen). *„Wenn der in Richtung Sympathikotonus geht, mache ich es meistens [...]. Und ich mache es auch, wenn die Leute mit am Ende einer Behandlung beschreiben, dass sie z.B.: eine starke Schmerzensation während des Behandlungsverlaufs gehabt haben oder ein sehr starkes Phänomen. Dann gibt mir das „Global Listening“ am Schluss einen Hinweis, ob irgendwo noch ein Gegenausgleich zu setzen ist“* („D“ 2008/10:3). Bei dieser Formulierung steht das Befinden des Patienten im Zentrum, welche zum Schluss noch einmal mit dem „Global Listening“ überprüft wird, um gegebenenfalls therapeutisch darauf reagieren zu können. *„Wenn ich jetzt z.B. am Patienten gearbeitet habe und ich bin mir nicht so ganz sicher, wie fühlt sich jetzt der Patient, habe ich ihn jetzt aus der Mitte gebracht [...]. Zuerst mache ich das „Global Listening“ und dann frage ich den Patienten noch, wie er sich fühlt“* („C“ 2008/10:3). Ähnliches gilt für Osteopath „J“ für welchen ebenfalls das Befinden des Patienten am Ende der Behandlung im Vordergrund steht. Mit

Hilfe des „Global Listening“ kann er sein Gefühl überprüfen, ob „[...] es dem Patienten jetzt gut geht. Nicht nur emotional, sondern ob sich der Körper wohl fühlt. Und wenn ich da einfach wieder merke, hoppla, da gibt's irgendwelche Zonen von Läsionen, dann muss ich irgendetwas an meinem Konzept ändern“ („J“ 2008/11:3).

### **Faktorenebene Therapeut**

In der Faktorenebene Therapeut entscheidet dieser auf Grund der von ihm gesetzten Maßnahmen, ob am Ende der Behandlung das „Global Listening“ zur Evaluierung eingesetzt wird oder nicht (fünf Nennungen). „Nur wenn ich mir die Frage stelle, [...] ob das, was ich gemacht habe, in der richtigen Dosierung war [...] da benutze ich es dann noch einmal“ („D“ 2008/10:3). Interviewpartner „C“ gab als Begründung innerhalb dieser Faktorenebene das psychische Befinden des Patienten an, d.h. wenn Patienten „[...] sehr psychisch belastet sind [...] wo ich einfach wissen möchte, wie fühlt sich das an für den Patienten“ („C“ 2008/10:3). Gerade bei Patienten mit schweren psychischen Belastungen, wenn diese schon längere Zeit bestehen, erscheint es sinnvoll, am Ende der Behandlung noch einmal Auskunft über deren Befinden zu erhalten. Barral (2007) merkt in diesem Zusammenhang an, dass bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, wozu physischen Erkrankungen ebenso wie psychische Erkrankungen zählen, die Selbstheilungskräfte nicht mehr ausreichend aktiviert werden können. Hierbei bedarf es oft mehrerer Behandlungen um für den Patienten eine spürbare Verbesserung zu erzielen (vgl. Liem 1998), sodass der „Global Listening Test“ eine Möglichkeit darstellen könnte, um den Verlauf der Behandlung zu evaluieren. Diese Begründung trifft auch auf Osteopath „L“ zu, wenn „[...] er nach zwei bis drei Behandlungen nachchecken will, wie der Erfolg [der Behandlung] ist“ („L“ 2008/10:2). Zwei von fünf Interviewpartnern machen den Einsatz des „Global Listening“ davon abhängig, in welcher Art und Weise sie osteopathisch gearbeitet haben („F“, „J“). D.h. wenn vor allem strukturell gearbeitet wurde z.B. „[...] wenn nur ein Talus blockiert ist, oder irgend so etwas“ („F“ 2008/11:4), dann wird das „Global Listening“ nicht zur Evaluierung eingesetzt.

Zusammenfassend zum Thema Evaluierung kann gesagt werden, dass der „Global Listening Test“ deutlich öfters zur ergebnisorientierten und prozessorientierten Evaluierung in der osteopathischen Praxis eingesetzt wird (acht Nennungen), als sich dazu Aussagen in der Literatur fanden. Ob das „Global Listening“ regelmäßig oder

bei Bedarf eingesetzt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zur näheren Differenzierung wurden hierzu drei Faktorebenen eingeführt. Für die Faktorebene Befund gilt, dass ein klares Ergebnis im Rahmen des Befundungsprozesses aus dem „Global Listening“ vorliegen muss, um diesen Test als Evaluierungsinstrument einsetzen zu können. In der Faktorebene Patient wird der „Global Listening Test“ zur Evaluierung des Befindens des Patienten eingesetzt, d.h. am Ende der Behandlung wird diese noch einmal überprüft. Im Bereich der Faktorebene Therapeut trifft dieser auf Grund der von ihm gesetzten Maßnahmen die Entscheidung, ob das „Global Listening“ am Ende der Behandlung zur Evaluierung der Therapiemaßnahmen eingesetzt wird oder nicht.

#### **6.2.10 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel war es das Ziel herauszufinden, inwieweit der in der Literatur angegebene diagnostische Part des „Global Listenings“, sich mit den Aussagen der in der Praxis tätigen Osteopathen deckt, bzw. inwieweit sich aus den Interviews neue Anwendungsbereiche des „Global Listenings“ im therapeutischen Alltag ergeben. Die diagnostische Zielsetzung des „Global Listenings“ findet sowohl in der Literatur als auch unter den Interviewpartnern allgemeine Zustimmung. Es besteht jedoch eine große Variation im Grad der Differenzierung, sodass zu den bisher bekannten Zielsetzungen neue Zielsetzungen generiert werden konnten. In einem ersten Schritt sollen Zielsetzungen vorgestellt werden, welche aus der osteopathischen Literatur bekannt sind; es ergaben sich hierfür fünf Zielsetzungen: Wahrnehmung faszialer Spannung (sieben Nennungen), Auffinden von Läsionen/Problemzonen (vier Nennungen), Auffinden von Körperebenen, welchen eine Dysfunktion zugeordnet werden kann (vier Nennungen), Kontaktaufnahme zu den Geweben (zwei Nennungen), sowie Formulierung einer osteopathischen Diagnose (fünf Nennungen). Aus dieser Auflistung ist die Vielfältigkeit der Zielsetzungen, welche von den Interviewpartnern genannt wurden, zu erkennen. Die diagnostische Zielsetzung im Kapitel „Wahrnehmen faszialer Spannung“ deckt sich mit den dazu gemachten Aussagen in der Literatur und wurde ausführlich im Kapitel 3.2 abgehandelt (sieben Nennungen). Als Erklärungsmodell kann hierfür das Tensegrity - Modell herangezogen werden, für welches ein viel verzweigtes kontinuierliches Netzwerk an Spannungsverbindungen kennzeichnend ist (siehe Kapitel 3.3.2). Innerhalb dessen können sich Spannungen von einem Ort zu einem anderen Ort fortpflanzen und so mit Hilfe des „Global

Listening Tests“ wahrgenommen werden (vgl. Oschman 2009, Schwind 2003). Im Kapitel „Auffinden von Läsionen / Problemzonen“ wird die Problematik der unterschiedlich verwendeten Begriffe osteopathische Läsion und somatische Dysfunktion ersichtlich (vier Nennungen). Bei dem Begriff osteopathische Läsion handelt es sich um einen veralteten Terminus, welcher durch den Begriff „somatische Dysfunktion“ ersetzt wurde (siehe Kapitel 2.2). Es findet sich jedoch der Begriff der osteopathischen Läsion im Praxisalltag der interviewten Osteopathen deutlich öfters, als der Begriff der somatischen Dysfunktion. Bzgl. der Zielsetzung für das „Global Listening“ finden sich im Kapitel „Auffinden von Läsionen / Problemzonen“ in den Aussagen der Interviewpartner zwei konträre Überlegungen. So handelt es sich einerseits um einen Test von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, welcher gemeinsam mit allen anderen Testergebnissen und der Anamnese am Ende zu einer osteopathischen Diagnose führt, andererseits wird das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ als direkter Einstieg in die Behandlung, ohne vorhergehender Formulierung einer osteopathischen Diagnose, verwendet. Eine vertiefende Diskussion fand dazu in den Kapiteln 6.2.7 und 6.2.8 statt. Im Bereich des Kapitels „Auffinden von Körperebenen“ wurden Aussagen mit der Zielsetzung zusammengefasst, herauszufinden auf welcher Körperebene das Problem liegen könnte, bzw. auf welcher Körperebene mit der Therapie begonnen werden soll (vier Nennungen). Der Begriff „Körperebene“ wurde vage formuliert und reicht von physischer bis psychischer Ebene, von parietaler über viszeraler bis zu kranialer Ebene, von hormoneller Ebene bis hin zur Flüssigkeitsebene. Das Neue daran ist nicht die Tatsache, dass zwischen parietaler, viszeraler, kranialer und psychoemotionaler Körperebene unterschieden wird, das findet sich auch in der osteopathischen Literatur, sondern, dass der „Global Listening Test“ zum Feststellen von Blockaden im Bereich der Flüssigkeitsebene und der hormonellen Ebene angewendet wird. Zu den drei erstgenannten Körperebenen finden sich nähere Ausführungen im Kapitel 6.5 – Interpretation. An dieser Stelle soll näher auf die psychoemotionale Körperebene eingegangen werden. So beschäftigen sich Barral (2004, 2007) und Upledger (1999) intensiv mit den negativen Einflüssen unverarbeitungter Emotionen auf den menschlichen Körper, vor allem deren Zusammenhang mit inneren Organen. Barral (2007) und Ligner (2006) verweisen darauf, dass mit Hilfe des „Global Listening Tests“ psychoemotionale Dysfunktionen aufgefunden werden können. Als Grundlage könnten hierfür Erkenntnisse aus neuerer Faszienforschung dienen, innerhalb derer die Faszien eine

verbindende, stützende, schützende, abwehrende, informierende, befördernde und ernährende Funktion zugewiesen wird (vgl. Kwakman 2010). Des Weiteren konnten innerhalb der Faszien kontraktile Zellen nachgewiesen werden (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003), welche vom autonomen (vegetativen) Nervensystem versorgt (siehe Kapitel 3.3.1) werden und bei psychoemotionalen Dysfunktionen und psychischen Erkrankungen involviert sein könnten (siehe Kapitel 6.2.3). Vor diesem Hintergrund ist die Intention von zwei Interviewpartnern, mit Hilfe des „Global Listening“ psychoemotionale Dysfunktionen aufspüren zu wollen, nachvollziehbar. Von einem Interviewpartner wird als Zielsetzung das Feststellen von Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitsebene und der hormonellen Ebene angegeben. Interessant dazu ist wiederum ein Ausflug in die Faszientheorie, da das Faszien-system eine wichtige Rolle für den Wasserhaushalt des Menschen spielt. Es kommt ständig zu einem Flüssigkeitsaustausch zwischen dem Bindegewebe, den Faszien und den Gefäßen, sodass diese von einem flüssigeren, durchlässigeren, in einen an Kollagen reichen und an Wasser armen Zustand und umgekehrt rasch wechseln können (siehe Kapitel 3.3.1). Auf dieser Basis ist es Hormonen, Neurotransmitter etc. möglich die Faszien zu durchdringen (vgl. Fossum 2003, Scheiterbauer 2010). Inwieweit das als Erklärungsmodell für den Einsatz des „Global Listening“ zum Auffinden von Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitsebene, der hormonellen Ebene ausreicht, ist nicht zu beantworten, aber es könnte sich hierbei um einen interessanten Gedankenstoß für weitere Untersuchungen handeln. Im Kapitel „Kontaktaufnahme zu den Geweben“ fanden sich Aussagen von zwei Interviewpartnern. In der Literatur wird im Rahmen des „Global Listening“ der Kontaktaufnahme zu den Geweben des Patienten sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt. Der Therapeut soll einen respektvollen, liebevollen, wertschätzenden Zugang zu den Geweben wählen (vgl. vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Paoletti 2001, Riedl/Schleipen 2010). Dadurch soll dem Therapeuten in der Phase des Zuhörens die Informationsaufnahme ermöglicht bzw. erleichtert werden. Inwieweit das auch für die anderen zehn Interviewpartner von Bedeutung ist, kann nicht beantwortet werden, da sich dazu keine Fragenkategorie im Interviewleitfaden findet, d.h. es wurden keine Fragen zu diesem Themenbereich gestellt. Im Kapitel „Formulierung einer osteopathischen Diagnose“ wurde vor allem die diagnostische Zielsetzung des „Global Listening“ angesprochen (fünf Nennungen). Zwei Interviewpartner verweisen dezidiert darauf, dass der „Global Listening Test“ als ein Test unter vielen innerhalb der Befundauf-

nahme angewendet und insofern bei der Formulierung einer osteopathischen Diagnose als hilfreich empfunden wird. Hingegen wird er von drei Interviewpartnern als nicht hilfreich bei der Diagnosefindung erlebt, bzw. wird dem Ergebnis daraus ein geringerer Stellenwert als den Ergebnissen aus anderen Tests z.B. speziellen Mobilitätstest eingeräumt und daher wird er auch nicht zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose herangezogen. Es finden sich in der osteopathischen Literatur keine Angaben zum Stellenwert einzelner Tests, sondern es wird darauf verwiesen, dass sich diese gegenseitig ergänzen (vgl. Croibier 2006). Des Weiteren finden sich in den Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren keine Ergebnisse (siehe Kapitel 4.1), welche einem dieser Tests einen höheren Stellenwert einräumen würde, da allgemein für manuelle Diagnoseverfahren die Interrater- und Intrarater-Reliabilität zwischen zufällig und leidlich einzustufen ist (vgl. Gemzell/ Miller 2005, Hawk et al. 1999, McConnell et al. 1980, Podlesnic 2006, Rittler 2010, Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005). An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Aussagekraft von Tests von ihrer Reliabilität und Validität abhängen und diese bei manuellen Tests eher gering einzustufen ist. In letzter Konsequenz bedeutet das, dass Osteopathen, dass allen manuell tätigen Therapeuten keine wissenschaftlich haltbaren Tests zur Begründung der Diagnose, für die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen und deren Evaluierung besitzt. Allerdings kann durch Standardisierung von Testabläufen die Reliabilität verbessert werden (vgl. Degenhardt et al. 2005). Des Weiteren sollte so früh wie möglich, d.h. in der Ausbildung selbst, eine verbesserte Palpationstechnik gelehrt werden (vgl. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et al. 2003). Rittler (2010) konnte in ihrer Masterthese trotz Konsenstraining der Untersucher keine Verbesserung der Interrater- und Intrarater-Reliabilität nachweisen. Das könnte evt. mit dem geringen Erfahrungsschatz der Untersucher im Umgang mit dem „Global Listening“ zusammenhängen (siehe Kapitel 4.2.5).

Im Folgenden sollen Zielsetzungen vorgestellt werden, welche neu generiert werden konnten: Beurteilung der Midline (eine Nennung), Ernährung und Nahrungsmittelnverträglichkeit (eine Nennung), Beurteilung der Befindlichkeit des Patienten (drei Nennungen), Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen (sechs Nennungen), „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument (acht Nennungen). Da es zum Thema „Midline“ nur eine Nennung gibt, sich dazu nur einige wenige Aussagen in einschlägiger Literatur mit dem Schwerpunkt kraniosakrale Osteopathie finden und innerhalb

dieser nur vereinzelt der Bezug zum „Global Listening“ selbst hergestellt wird, wurde diesem Aspekt weniger Aufmerksamkeit gewidmet. Einzig und allein Dunshirn (2006) erwähnt in Ihrer Masterthese den „Ecoute Test“, um relativ rasch einen Eindruck von der Midline zu erhalten. Um zu erfahren ob es sich hierbei um eine Einzelmeinung handelt, oder ob sich das „Global Listening“ mehrheitlich mit dieser Zielsetzung im Praxisalltag findet, sollte eine größere Anzahl von Osteopathen vor allem mit Ausbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie befragt werden. Zum Thema „Ernährung und Nahrungsmittelunverträglichkeit“ gibt es ebenfalls eine Nennung. Die Ernährung spielt eine nicht unwesentliche Rolle innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme und es wird in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig eine ausreichende Energieversorgung für die Erhaltung der Gesundheit ist. Unter diesem Blickwinkel scheint es sinnvoll, obwohl nur eine Nennung vorliegt, diesem Aspekt mehr Raum zu geben. In der osteopathischen Literatur wird darauf verwiesen, dass sich sowohl Ernährungsstörungen als auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten negativ auf die Selbstheilungskräfte des menschlichen Körpers auswirken (vgl. Croibier 2006, Heesen 2001, Hinkelthein/Zalpour 2006). Vor diesem Hintergrund erscheint es interessant, das nur ein Interviewpartner das „Global Listening“ als Schnelltest zum Feststellen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten verwendet. Dazu soll auf Erkenntnisse von Pruijboom/Van Dam (2005), welche negative Auswirkungen auf das Faszien-system bei einem Ungleichgewicht im Säure-Basenhaushalt beschreiben, verwiesen werden. Des Weiteren soll auf Erkenntnisse aus der Faszienforschung zurückgegriffen werden. So wäre es vorstellbar, dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten z.B. Intoleranzen gegen Histamin, Fructose, Lactose etc. für den menschlichen Körper eine Stresssituation darstellen, welche auf Grund des Vorhandenseins kontraktile Zellen in den Faszien zu einer Spannungserhöhung innerhalb dieser führen (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003). Wie schon erwähnt spielt das Faszien-system eine wichtige Rolle beim Wasserhaushalt des Menschen (vgl. Kwakman 2010, Scheiterbauer 2010), was die Voraussetzung für das Durchdringen des Faszien-systems mit Hormonen, Neurotransmittern etc. darstellt; ob dieser Vorgang auch für Allergene gilt und Auswirkungen auf den Zustand der Faszien hat, kann nicht beantwortet werden. Das „Global Listening“ als Schnelltest zur Feststellung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten einsetzen zu wollen, erscheint vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Da es dazu nur eine Nennung gab, bedürfte es genauso, wie dies schon beim Thema

Midline angeregt wurde, einer größeren Umfrage vor allem unter Kinderosteopathen. Die Begründung ist dafür im häufigen Auftreten von Nahrungsmittelunverträglichkeiten im Kleinkindesalter zu suchen. Daher könnte es sein, dass vor allem Osteopathen mit Schwerpunkt Kinderosteopathie mit solchen Fragestellungen konfrontiert sind. Innerhalb des Kapitels „Befindlichkeit des Patienten“ wurden Nennungen zusammengefasst, welche den „Global Listening Test“ zum Feststellen des Befindens des Patienten während oder nach einer osteopathischen Behandlung verwenden (drei Nennungen). Für die Aufarbeitung dieses Unterkapitels wurden zwei Faktorebenen eingeführt. Im ersten Fall wurde die Faktorebene mit dem Begriff „Therapeut“ und im zweiten Fall, mit „Intention von außen“ bezeichnet. In der Faktorebene „Therapeut“ wird das „Global Listening“ mit dem Ziel eingesetzt, dass der Therapeut eine Auskunft über das Befinden des Patienten erhalten möchte und in der Faktorebene „Intention von außen“, dass eine andere Person z.B. der Erziehungsberechtigte, oder der Patient selbst etc. Auskunft über den Tageszustand erhalten möchte. Das Ergebnis aus diesem Test kann für den behandelnden Therapeuten ein Entscheidungskriterium z.B. für die Auswahl des therapeutischen Zugangs für diesen Tag darstellen. Es finden sich in der osteopathischen Literatur weder zur ersten noch zur zweiten Faktorebene Angaben, da dieser Test als ein Baustein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme beschrieben und nicht als alleiniges Befundungsinstrument gesehen wird. Innerhalb des Kapitels „Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen“ wird von sechs Interviewpartnern insofern eine neue Zielsetzung formuliert, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ als Entscheidungshilfe für den Therapieeinstieg und / oder für die Wahl der Behandlungstechnik eingesetzt wird. Allerdings ging aus den Interviews nicht hervor, ob das „Global Listening“ immer mit dieser Zielsetzung eingesetzt wird, bzw. bei welchen Patienten das „Global Listening“ den entscheidenden Ausschlag für die Wahl des Therapieeinstieges gibt. Es scheint jeder der sechs Osteopathen für sich einen eigenen Kriterienkatalog zu besitzen nach welchem er dann entscheidet, wann und bei welchem Patienten er den „Global Listening Test“ mit diesen Zielsetzungen einsetzt. Es finden sich dazu ebenso konträre Aussagen (drei Nennungen), welche dem „Global Listening Test“ einen rein diagnostischen Part zuweisen, der weder einen Einfluss auf den Therapieeinstieg, noch auf die Wahl der Behandlungstechnik und somit auf das therapeutische Vorgehen hat. Um eine allgemein gültige Aussage treffen zu können, bedürfte es einer größeren Anzahl von Osteopathen, welche z.B.

im Rahmen eines standardisierten Interviews dezidiert dazu befragt würden. Zum Thema „Evaluation“ gaben acht der zwölf befragten Osteopathen an, das „Global Listening“ entweder zwischendurch oder am Ende der Therapie zur Überprüfung der Wirksamkeit derselben einzusetzen. Im Gegensatz dazu finden sich in der Literatur kaum Angaben, d.h. es finden sich kaum Aussagen zum „Global Listening Test“ als Evaluierungsinstrument. Für den Bereich der strukturellen Osteopathie ist die Nachuntersuchung als fixer Bestandteil integriert (vgl. Greenman 2000), ebenso finden sich Hinweise für den Bereich der viszeralen Osteopathie. Barral/Mercier (2005) verweisen darauf, dass am Ende der Behandlung die Motilität der behandelten Organe erneut mit dem „lokalen Ecoute Test“ überprüft werden soll. Inwieweit diese Form der Evaluierung auf das „Global Listening“ übertragbar ist, kann nicht beantwortet werden. Im Gegensatz zu den Angaben in der osteopathischen Literatur verwenden 66,7% der befragten Osteopathen das „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument. Ob dieser Test regelmäßig oder bei Bedarf eingesetzt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Es wurden drei Faktorebenen bei der Auswertung eingeführt. Dabei handelt es sich um die Faktorebene „Befund“, die Faktorebene „Patient“ und die Faktorebene „Therapeut“. Bei der Faktorebene „Befund“ hängt der Einsatz des „Global Listenings“ zur Evaluierung davon ab, ob dieser bei der Befundung ein eindeutiges Ergebnis gebracht hat, bei der Faktorebene „Patient“ hängt es davon ab, welche Reaktionen der Patient am Ende der Behandlung zeigt und bei der Faktorebene „Therapeut“, entscheidet der Therapeut auf Grund der von ihm gesetzten Maßnahmen ob das „Global Listening“ zum Zwecke der Evaluierung eingesetzt wird. Als eine wesentliche Voraussetzung für jeden Test, welcher zur Evaluierung eingesetzt wird, ist die Tatsache, dass ein eindeutiges Testergebnis vor Beginn der Therapie vorliegen muss. Dies gilt auch für das „Global Listening“, wenn es zur Evaluierung herangezogen wird. Allgemein ist anzumerken, dass Tests nur dann als Evaluierungsinstrument herangezogen werden können, wenn die Intrarater-Reliabilität nicht rein zufällig ist. Diese sollte durch eine genaue Präzisierung des Testablaufes verbessert werden können. Eine Forderung, die sich wie ein roter Faden durch diese Masterthese zieht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Kapitel „Zielsetzung“ neben den aus der Literatur bekannten Zielsetzungen (fünf Zielsetzungen) neue Einsatzgebiete für das „Global Listening“ im osteopathischen Praxisalltag generiert werden konnten (fünf Zielsetzungen). Da die Anzahl der interviewten Osteopathen mit zwölf relativ

gering ist, innerhalb der einzelnen Kapitel und Unterkapitel konträre Meinungen zu finden sind, kann derzeit die Frage nicht beantwortet werden, ob es sich um einige wenige Nennungen handelt, oder ob die angegebenen neuen Einsatzgebiete des „Global Listening“ bereits allgemein Einzug in die osteopathische Praxis gehalten haben.

### **6.3 Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses**

Durch die Aufarbeitung der Aussagen auf die Fragestellung, welche Bedeutung dem „Global Listening“ innerhalb der Befundaufnahme zugeschrieben wird, sollte herausgefunden werden, inwieweit das „Global Listening“ tatsächlich im osteopathischen Praxisalltag im Rahmen des Befundungsprozesses eingesetzt wird. Im Speziellen wurde dabei nach der Bedeutung des „Global Listening“ innerhalb der eigenen Befundaufnahme gefragt. D.h. innerhalb dieses Kapitels geht es nicht um die Zielsetzungen mit welcher der „Global Listening Test“ durchgeführt wird, sondern ob er im Praxisalltag als ein Test von vielen innerhalb der Befundaufnahme, welche neben der Anamnese aus den so genannten strukturellen und funktionellen Tests besteht, verwendet wird (vgl. Biberschick 2010, Hinkelthein/Zalpour 2006, Krönke 2006). Vor allem sollte herausgefunden werden, ob der „Global Listening Test“ regelmäßig oder nur hin und wieder angewendet wird. Erst dadurch wird es möglich Rückschlüsse über den Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb des individuellen Befundungsprozesses zu ziehen.

#### **6.3.1 Stellenwert**

Der „Global Listening Test“ wird zu diagnostischen Zwecken durchgeführt und es handelt sich im allgemein bei den Ecoute Tests um so genannte diagnostische Überblickstests, welche eine Orientierung vorgeben und noch keine spezifische Diagnose liefern (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Krönke (2006) hat in ihrer Masterthese festgehalten, das der „Global Listening Test“ als zweithäufigstes Diagnoseinstrument bei der Erstuntersuchung des Patienten angewendet wird. Biberschick (2010) hat im Rahmen seiner Masterthese ermittelt, dass 80% der Interviewpartner den „Global Listening Test“ in ihrer Routineuntersuchung anwenden. So wie in der osteopathischen Literatur wird auch von sieben Interviewpartnern der „Global Listening Test“ als ein Test von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gesehen. Von drei Interviewpartnern („C“, „G“, „I“) wurde die Bedeu-

tung des „Global Listenings“ innerhalb der eigenen Befundaufnahme entweder auf einer Skala von null bis zehn (null = keine Bedeutung innerhalb der Befundaufnahme; zehn = höchste Bedeutung innerhalb der Befundaufnahme), oder in Prozentangaben eingestuft. So fanden sich auf der Skala Stufenangaben von eins bis vier, wobei darauf hingewiesen wurde, dass es Ausnahmen geben kann z.B. Stufe acht, wenn das Ergebnis aus dem „Global Listening“ zu Beginn sehr auffällig war. *„Die Bedeutung, also generell, wenn ich das jetzt einordnen würde von 0 – 10, [...] würde ich sagen es ist eher auf einer unteren Stufe, vielleicht 2, 3“* („C“ 2008/10:2). Zwei Interviewpartner beschreiben dies in Prozentangaben und ordnen dem „Global Listening“ einen Stellenwert von *„[...] 20% in den meisten Fällen, nicht mehr“* („J“ 2008/11:1), bzw. *„[...] 10% – 20%“* („G“ 2008/11:2) zu. Daraus lässt sich ableiten, dass es sich beim „Global Listening Test“ um einen Teilaspekt innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme handelt und dieser den momentanen Zustand des Patienten widerspiegelt (vgl. „D“ 2008/10). *„Es ist ein großer Überblick für mich, aber nicht das Wichtigste [...]. Ein Puzzlestein“* („K“ 2008/11:2). Sehr interessant ist der Aspekt eines Interviewpartners, welcher den „Global Listening Test“ regelmäßig anwendet, aber dessen Ergebnis nicht immer einen Einfluss auf die Formulierung einer osteopathischen Diagnose hat, sondern dieser vom klinischen Gesamtbild des Patienten abhängt. *„[...] ich für meine Befundung gelernt habe, den einzelnen Schritten eigentlich keine Bedeutung zu geben[...] also für mich bedeutet eine Befundung immer ein Puzzlespiel aus vielen einzelnen Puzzlen. [...] wichtig ist erstens, dass keine fehlen sollten und zweitens, dass sie ineinander greifen müssen. [...] es kann durchaus sein, dass ich ein „Global Listening“ mache und das widerspricht sich mit sehr vielen anderen Puzzlesteinen, also mit anderen Befundungen und dann kann es durchaus sein, dass ich dann das „Global Listening“ zwar akzeptiere und respektiere als Ergebnis, aber es [...] nicht berücksichtige in meiner Diagnostik“* („J“ 2008/11:2). Diese innere Haltung könnte mit den Zusatzausbildungen des Interviewpartners zusammen hängen. So bringt er als Begründung einen Vergleich aus der chinesischen Medizin, *„[...] wo ja auch das Gleiche mit der Pulsdiagnostik stattfindet. [...] Wenn der Pulsbefund gut dazu passt, dann wird er auch mit verwendet. Wenn er aber einfach hinten und vorne nicht hineinpasst zu der Anamnese und zu den anderen Aspekten, dann darf man solche Dinge einfach auch einmal stehen lassen“* („J“ 2008/11:10). D.h. am Ende der Befundung muss aus einer Vielzahl an Ergebnissen, welche aus der Anamnese, der Inspektion, den funktio-

nellen und strukturellen Tests etc. stammen, eine osteopathische Diagnose formuliert werden (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Mayer-Fally 2007). So kann es sein, dass nicht alle Ergebnisse zusammenpassen und manche sogar Verwirrung stiften, doch das ist die Kunst eines jeden einzelnen Osteopathen, die relevanten Ergebnisse herauszufiltern und eine vorläufige osteopathische Diagnose zu formulieren (vgl. Mayer-Fally 2007). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, erst am Ende des Befundungsprozesses den einzelnen Tests eine Bedeutung zuzumessen und je nachdem, ob sie in das klinische Gesamtbild passen oder nicht, für die Formulierung der Diagnose zu verwenden. Insofern decken sich die in der Literatur gemachten Aussagen mit denen der Interviewpartner, welche den „Global Listening Test“ als Teilaspekt ihrer osteopathischen Befundaufnahme sehen. Es gab unter den befragten Osteopathen einen Interviewpartner, welcher dem „Global Listening Test“ keine Bedeutung innerhalb des eigenen Befundungsprozesses zuschreibt, da dieser Test kein verwertbares Ergebnis bringt. *„Also ich hab ihn ein paar Mal probiert und hatte eigentlich keinen, wie sagt man da, keinen Ausschlag, keinen Bewegungsausschlag. Und da habe ich dann gedacht, der Test bringt jetzt irgendwie nichts und jetzt bin ich soweit, dass ich ihn nicht mehr mache“* („A“ 2008/10:2). Diese Aussage bezieht sich auf die Ausgangsstellung Stand/Sitz, nicht auf die Ausgangsstellung Rückenlage und hat laut Interviewpartner damit zu tun, dass der „Global Listening Test“ in der Ausbildung in der Ausgangsstellung Stand/Sitz nur zwischendurch kurz unterrichtet wurde und der Ablauf im Unterricht selbst chaotisch war (vgl. „A“ 2008/10). In einem zweiten Schritt wurde ermittelt, inwieweit das „Global Listening“ regelmäßig oder nur fallweise innerhalb der Befundaufnahme durchgeführt wird. Falls er nur fallweise durchgeführt wird ist von Interesse, von welchen Faktoren die Entscheidung zur Durchführung abhängt. Dazu wurden zwei Unterkategorien gebildet, welche sich einerseits mit der regelmäßigen Durchführung und andererseits mit der unregelmäßigen Durchführung des „Global Listenings“ beschäftigen.

#### **6.3.1.1 Regelmäßige Durchführung des „Global Listening“**

Bzgl. regelmäßiger Durchführung des „Global Listenings“ beim Erstkontakt und /oder Folgekontakten innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gab es sechs Nennungen, d.h. sechs der zwölf befragten Osteopathen gaben an, das „Global Listening“ regelmäßig beim Erstkontakt durchzuführen. *„Ja, immer am Anfang und am Ende. [...] Zuerst schaue ich mir grob den Stand an und mache es dann nach der*

*Inspektion des Standes. Also noch bevor ich irgendwelche Instruktionen von Bewegungen sage“ („F“ 2008/11:2). So kann es sein, dass der „Global Listening Test“ auf jeden Fall „[...] bei der ersten Behandlung, nicht hundertprozentig konsequent bei Folgebehandlungen [...]“ („L“ 2008/10:2) durchgeführt wird. Ob das „Global Listening“ regelmäßig in der Ausgangsstellung Stand angewendet wird, kann nicht eindeutig beantwortet werden, da manche Interviewpartner den Test gerne in der Ausgangsstellung Rückenlage anwenden. So verweist ein Interviewpartner dezidiert darauf hin, dass er den „Global Listening Test“ „[...] eigentlich immer [macht]. Aber ich mache es nicht immer im Stehen. Ich mache es auch oft im Sitzen oder Liegen“ („K“ 2008/11:2). Wie schon von Osteopath „F“ angesprochen, verwendet dieser den „Global Listening Test“ eher zu Beginn der Befundaufnahme, noch bevor Bewegungen instruiert bzw. weitere Tests durchgeführt werden. Croibier (2006) verweist ebenfalls auf dieses Faktum, indem er anmerkt, dass der allgemeine und die regionalen „Ecoute Tests“ „[...] am Anfang, noch bevor die Mechanik durch eine bestimmte Position besonders beansprucht wurde, ausgeführt werden [sollen]. Die mechanischen Tests sind invasiver und stören für einen kurzen Augenblick das tiefe Gleichgewicht der Gewebe. Sie sollten daher erst nach den Ecoute – Tests durchgeführt werden“ (Croibier 2006:212).*

Aus den Aussagen der Interviewpartner lässt sich ein hoher Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb der eigenen Befundaufnahme ableiten, da 50% der Befragten diesen Test regelmäßig beim Erstkontakt durchführen.

### **6.3.1.2 Unregelmäßige Durchführung des „Global Listening“**

Hierunter wurden Aussagen von Interviewpartnern zusammengefasst, welche das „Global Listening“ bei Vorhandensein bestimmter Kriterien anwenden (sechs Nennungen). D.h. dieser Test wird nicht „[...] standardmäßig bei jedem Patienten gemacht wird“ („A“ 2008/10:3), bzw. „[...] diesen Global Listening Test um einen ersten Eindruck zu holen, habe ich nicht immer“ („D“ 2008/10:3). Auf die Frage, ob das „Global Listening“ immer angewendet wird, antwortet ein Interviewpartner: „Na ja, ich würde sagen so bei sieben bis acht Patienten von zehn“ („I“ 2008/11:2). „Es ist die Persönlichkeit des Menschen, die mich das entscheiden lässt“ („E“ 2008/11:3). Auf Grund der Aussagen der Interviewpartner wurden zwei Faktorebenen, eine so genannte „Therapeutenebene“ und eine „Patientenebene“, eingeführt. Innerhalb der Therapeutenebene wurden zwei weitere Unterkategorien gebildet, da diese ein

genauerer Herausarbeiten der Beweggründe für den Einsatz bzw. das Weglassen des „Global Listening“ ermöglichen.

### **Therapeutenebene**

Innerhalb dieser Ebene wurden Beweggründe zusammengefasst, welche vom Faktor „Therapeut“ abhängen. D.h. der Therapeut entscheidet auf Grund eines internen Kriterienkataloges ob er das „Global Listening“ als Test innerhalb seiner Befundaufnahme einsetzt oder weglässt. Es haben sich zwei verschiedene Unterkategorien herauskristallisiert: „Komplexer Befund versus Spezifische Symptome“ und „Intuition des Therapeuten“.

#### Komplexer Befund versus spezifische Symptome

Die Interviewpartner gaben an (drei Nennungen), dass der „Global Listening Test“ dann innerhalb der Befundaufnahme eingesetzt wird, wenn sich bereits innerhalb der Anamnese herauskristallisiert, dass ein komplexeres Geschehen vorliegt, bzw. diesen Test weg lassen, wenn ganz spezifische Symptome vorliegen. *„Ich entscheide mich dann, wenn ich irgendwie das Gefühl habe, dass da so eine größere, dass das so eine komplexe Geschichte ist, die sich durch den ganzen Körper zieht“* („A“ 2008/10:3). Komplexer könnte in diesem Zusammenhang bedeuten, dass sich aus der Anamnese ergibt, dass der Patient nicht nur wegen eines Problems kommt, sondern *„[...] wenn die Patienten einfach mehrere Sachen haben, mit denen sie kommen und ich ein bisschen eine Entscheidungshilfe brauche, wo ich anfangs, dann mache ich es“* („I“ 2008/11:2). Osteopath „G“ verwendet den „Global Listening Test“ dann, *„[...] wenn ich mir eben nicht von vorne herein, von der Anamnese sehr sicher bin, in welche Richtung ich tendiere. [...] wenn die Leute mit sehr unspezifischen Beschwerden kommen, wo ich mich einmal wirklich orientieren muss, dann mache ich es eigentlich recht oft, [...]“* („G“ 2008/11:3). Das heißt der Einsatz des „Global Listening“ hängt von der Einschätzung des Therapeuten ab und je komplexer das Geschehen ist, desto eher wird das „Global Listening“ eingesetzt. Daraus folgt, dass der „Global Listening Test“ weggelassen wird, wenn nach Einschätzung des Osteopathen die Patienten *„[...] mit sehr spezifischen klinischen Symptomen kommen. Sozusagen eine einfache Lumbalgie oder ein einfacher Meniskus-schmerz“* („I“ 2008/11:2). *„Wenn ich von der Anamnese her schon ziemlich sicher weiß, in welche Richtung das geht, wie zum Beispiel ein Trauma. Also der Patient*

*hat sich tatsächlich verrissen, oder er hat ein Knieproblem oder so, [...] dann spare ich es mir meistens“ („G“ 2008/11:3). D.h. wenn der Therapeut nach der Anamnese sicher ist in welche Richtung die weitere Befundaufnahme gehen soll, dann wird der „Global Listening Test“ weggelassen. Diese innere Haltung birgt ein gewisses Gefahrenmoment in sich, was im Folgenden näher erläutert werden soll. So kommt es nicht so selten vor, dass Patienten beim Erstkontakt, obwohl sie dezidiert innerhalb der Anamnese nach früheren Erkrankungen, Operationen, Unfällen etc. gefragt werden, evt. auf Grund der ungewohnten Situation vergessen z.B. von Magenproblemen, lang zurück liegenden Traumata, operativen Eingriffen etc. zu erzählen. In diesem Zusammenhang verweist Osteopath „C“ darauf, dass er dadurch manchmal „[...] auf Sachen drauf [kommt, welche] die Patienten gar nicht erzählt haben, oder [...] [er] nicht so genau nachgefragt [hat]“ („C“ 2008/10:5). D.h. die globalen und lokalen „Listening Tests“ könnten insofern eine Hilfestellung sein, dass sie dem Osteopathen die Möglichkeit bieten sich einen Überblick über Dysfunktionen im Körper zu verschaffen (vgl. „I“ 2008/11). Daraus könnte sich eine zusätzliche Chance ergeben, noch einmal dezidiert nach Geschehen aus der Vergangenheit im Rahmen des Befundungsprozesses nachzufragen. Werden die „Listening Tests“ auf Grund der Anamnese weggelassen, so wird diese Chance vergeben evt. vorhandene Störzonen in die therapeutischen Überlegungen mit einzubeziehen. Osteopath „L“ weist dezidiert auf dieses Gefahrenpotential hin, d.h. aus der Anamnese liegen z.B. „[...] viszeral keine wesentlichen Ergebnisse [vor], [...] und ich mache den Test und habe den ganz starken Eindruck, es zieht so richtig zur Leber hin, dann ist das erstens ein Grund, darüber gleich einmal zu kommunizieren. [...] haben Sie vielleicht da etwas vergessen? Haben sie doch eine Hepatitis gehabt? [...] noch einmal kurz [zu] reflektieren, ob man irgendwelche Fragen vergessen hat in der Anamnese z.B. Alkohol, Gewebegifte [usw.]“ („L“ 2008/10:3). Es kann genauso sein, dass nach der Anamnese keine offenen Fragen mehr sind und es sich tatsächlich um sehr spezifischen Symptome handelt, wie dies z.B. bei einer Blockade eines Wirbelbogengelenkes nach einem Hebevorgang der Fall wäre. Trotzdem stellt sich die Frage, warum gerade bei dieser einen Bewegung, an diesem Tag, zu diesem Zeitpunkt die Blockade des Wirbelbogengelenkes aufgetreten ist. Es bestehen von den Viszera über das autonome Nervensystem nervale Verbindungen zum Rückenmark und darüber zu den dazugehörigen Wirbelsäulensegmenten. Es kann daher bei Organdysfunktionen zu einer erhöhten Spannung in den entsprechenden Wirbelsäulen-*

segmenten kommen (vgl. Schünke et al. 2005). In der Osteopathie wird vom so genannten viszero-somatischen Reflex gesprochen. *„Wenn sich eine Dysfunktion oder Pathologie in einem Organ – unabhängig von der Ursache – entwickelt hat, spiegelt sich die Störung in den segmental verbundenen, somatischen Geweben wieder (viszero-somatischer Reflex)“* (Liem/Dobler 2002:53). So kann es sein, dass *„[...] Fixierungen im Bereich der Intervertebral- oder Kostovertebralgelenke [...] Folge einer Abschwächung der Reflexbögen sein [können], die mit den pathologisch veränderten Viszeralorganen in Verbindung stehen. [Des Weiteren kann es] sein, dass Bindegewebsstrukturen, die mit dem entsprechenden Wirbelgelenk zusammenhängen, ihrerseits unter dem Einfluss der „fehlgeleiteten“ Nervenimpulse mit einer Steigerung ihres Tonus reagieren und dadurch die Gelenkfixierung noch verstärken“* (Barral/Mercier 2005:65). Dies gilt nicht nur für die Brustwirbelkörper eins bis vier, welche in diesem Zusammenhang speziell von Barral/Mercier (2005) angeführt werden, sondern für alle dem jeweiligen Organ zugehörigen Wirbelsäulensegmente. Riedl/Schleupen (2010) verweisen darauf, dass Dysfunktionen der urogenitalen Organe über das autonome (vegetative) Nervensystem zu somatischen Dysfunktionen in den Wirbelsäulensegmenten des zehnten Brustwirbels bis zum ersten Lendenwirbel, bzw. vom ersten bis zum vierten Sakralwirbel führen können. Dabei handelt es sich um einen Übertragungsweg von vielen, wobei nicht vergessen werden darf, dass es auch noch andere Übertragungswege gibt. So können ligamentäre, fasziale Verbindungen von Viszera z.B. fasziale Verbindungen, welche vom Abdomen aufsteigend über das Zwerchfell bis hinauf zur Schädelbasis verlaufen etc, Restriktionen in den dazugehörigen Wirbelsäulensegmenten, den dazugehörigen Rippen bis hin zum Kopf erzeugen (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Helsmoortel et al. 2002, Riedl/Schleupen 2010). Es wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass es sinnvoll sein kann bei Blockaden von Wirbelsäulensegmenten, zuerst das dazugehörige Organ mit Hilfe osteopathischer Befundungsmöglichkeiten auf seine Funktion hin zu untersuchen und bei einer Dysfunktion diese zuerst zu behandeln. Barral (2005) verweist dezidiert darauf, wenn er davon spricht, dass es bei Gallenwegserkrankungen häufig zu Restriktionen im Bereich des siebten bis neunten Brustwirbels kommt und diese erst korrigiert werden sollen, *„[...] nachdem [die] Gallenblase behandelt [...]“* (Barral 2005:122) worden ist. Es können auch psychische Belastungen zu Veränderungen der muskulären Grundspannung führen, so-

dass als Folge davon eine abrupte Bewegung zu einer Blockade eines Wirbelsäulen-segmentes führen kann.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass der „Global Listening Test“, welcher zu den so genannten funktionellen Tests zählt und dazu dient sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen, insofern sinnvoll ist, das sich dadurch dem Osteopathen die Möglichkeit bietet versteckte Läsionsketten aufzuspüren und noch einmal dezidiert nach Traumata, Operationen, Erkrankungen etc. nachzufragen. Es wäre denkbar, dass entweder der Osteopath im Rahmen der Anamnese vergessen hat nachzufragen, oder aber der Patient vergessen hat darüber zu berichten. Es handelt sich beim „Global Listening“ nicht um den einzigen Überblickstest innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, aber aus den Antworten der Interviewpartner geht nicht hervor, ob andere Überblickstests mit dieser Zielsetzung im Praxisalltag angewendet werden.

### Intuition

In diesem Fall entscheidet der Therapeut intuitiv ob er das „Global Listening“ durchführt oder nicht (zwei Nennungen). Osteopath „E“ berichtet davon, dass es Patienten gibt, bei denen er merkt, *„[...] dass es einfach nicht passt, dass man sie in der Art angreift. [...] Das ist nicht für alle Leute passend“* („E“ 2008/11:3). Dabei handelt es sich um ein inneres Gefühl, eine Intuition, welche als Eingebung bezeichnet werden kann (vgl. Drosdowski et al. 1990). Ähnlich formuliert dies ein weiterer Interviewpartner, indem er anmerkt, dass es Patienten gibt, *„[...] ganz selten, aber Ausnahmen bestätigen die Regel, [...], die lassen einen nicht ran [...]. Also ich zwinge keinen Patienten, wenn ich das Gefühl habe, [...] er möchte das nicht“* („C“ 2008/10:3,4). Beide Osteopathen sprechen direkt die Gefühlsebene an, welche sie entscheiden lässt, ob Sie das „Global Listening“ durchführen oder nicht. Auf Grund des wissenschaftlichen Anspruches an die Medizin, welcher in den letzten Jahren ebenso im Bereich der Osteopathie zugenommen hat, rückt das intuitive Handeln eines Arztes oder Therapeuten immer mehr in den Hintergrund. Bei der Intuition handelt es sich um eine der ältesten Fähigkeiten des Menschen, welche *„[...] bereits vor dem Spracherwerb vorhanden“* ist (Croibier 2006:278). Das Wort stammt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie *„[...] ins innere zu schauen [und spielt] in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, etwa in der Physik, [...] eine grundlegende Rolle“* (Croibier 2006:278), da Sie für das Gehen neuer wissenschaftlicher Wege von

enormer Bedeutung ist. *„Die meisten Entdeckungen, große Veränderungen [...] waren intuitiver Natur“* (Croibier 2006:279). Intuition hat nichts mit Spiritualität oder Religion zu tun, sondern hängt direkt von der Erfahrung ab, die diese Person gemacht hat. Intuitionen müssen einerseits respektiert und andererseits genau überprüft werden (vgl. Croibier 2006). *„Die Intuition ist sowohl eine Form der Intelligenz als auch ein zu entwickelnder Sinn“* (Croibier 2006:279). Nach Zeuch (2008) gibt es *„[...] verschiedene mehr oder weniger etablierte Erklärungsmodelle für [die] Intuition, [welche] alle ihre Berechtigung haben. [Dazu zählen] „Erfahrungswissen, unbewusste Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, somatische Marker, Spiegelneurone“* (Zeuch 2008:280). Innerhalb dieser Masterthese soll auf die Funktion der Spiegelneurone eingegangen werden, welche ihren Ursprung in den Forschungen des Neurobiologen Rizzolatti haben und deren Existenz heute unbestritten ist (vgl. Jung 2006, Zeuch 2008). Jung (2006) weist darauf hin, dass Spiegelneurone, welche für die soziale Interaktion wichtig sind, schon beim Neugeborenen vorhanden sind. Diese entwickeln sich in den ersten Lebensmonaten weiter und *„[...] zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr sind auch die emotionalen Spiegelsysteme so entwickelt, dass das Kind selbst Empathie zeigen kann“* (Jung 2006:9). Die Spiegelneurone spiegeln Handlungsabläufe, die damit verbundenen Emotionen und die mit der Handlung verbundenen Körperempfindungen. D.h. immer wenn wir anderen Menschen begegnen, imitieren wir intuitiv den anderen und können deshalb verstehen, was von dem anderen zu erwarten ist (vgl. Jung 2006). *„Das gibt Verhaltenssicherheit und ermöglicht überhaupt erst gemeinsames koordiniertes Handeln. Wir leben in einem „Inter-subjektiven Bedeutungsraum“, wir sind voneinander nicht zu trennen, weil wir uns ständig gegenseitig spiegeln. So erhalten wird das, was die Psychologen „Theory of mind“ über unser Gegenüber nennen: Das Bild vom anderen“* (Jung 2006:7). Spiegelneurone können somit als fundiertes Erklärungsmodell für die Empathie verstanden werden (vgl. Zeuch 2008). Die Empathie, welche im intuitiven Spiegeln des Anderen zum Ausdruck kommt, stellt eine Grundvoraussetzung für eine gelungene Arzt – Patienten- bzw. Therapeut – Patientenbeziehung dar und hat unbestritten positive Auswirkungen auf die Compliance des Patienten und in weiterer Folge auf das Behandlungsergebnis (vgl. Jung 2006). Zeuch (2008) verweist in Zusammenhang mit der Intuition auf ihre Bedeutung für die Diagnosefindung, da sie den Arzt / Therapeuten veranlasst z.B. innerhalb der Anamnese noch einmal genauer nachzufragen, weil ihm sein Gefühl sagt, dass der Patient noch nicht alles Wesentliche

erzählt hat. Bei der Intuition handelt es sich um eine Metakompetenz, welche sehr hilfreich bei der Gestaltung der Arzt-Patientenbeziehung, bei der Diagnosefindung und für die Behandlungsstrategie ist (vgl. Zeuch 2008). Auf Grund des berechtigten wissenschaftlichen Anspruchs an die Vorgehensweise eines Arztes, eines Osteopathen etc., beginnend bei der Diagnosefindung bis hin zur Auswahl medizinischer / therapeutischer Interventionen, werden Fähigkeiten wie Empathie, Intuition immer mehr in den Hintergrund gedrängt.

Vor diesem Hintergrund scheinen die Erkenntnisse aus der Erforschung der Spiegelneurone die Vorgehensweise der beiden Interviewpartner zu unterstützen. Die Fähigkeit des Osteopathen einem Patienten empathisch zu begegnen, die Situation intuitiv zu erfassen, scheint im osteopathischen Handeln einen höheren Stellenwert einzunehmen, als dies auf den ersten Blick scheint. Ein interessanter Aspekt für zukünftige Untersuchungen in Zusammenhang mit der osteopathischen Befundaufnahme.

### **Patientenebene**

Obwohl hierzu nur eine Nennung vorlag, soll sie trotzdem Erwähnung finden, da darin der Aspekt des „Screenings“ (engl. screen – untersuchen, überprüfen) enthalten ist. *„[...] manche Patienten kommen daher und sagen: „Mir geht’s eigentlich eh ganz gut – machen Sie was!“ Das gibt’s ja manchmal und dann schaue ich halt mal, was mir der Körper so zeigt“* („A“ 2008/10:3). So kann es immer wieder vorkommen, dass „ehemalige“ Patienten evt. einmal im halben Jahr mit dem Ziel einer Art Kontrolle kommen, um unbemerkt entstandene Dysfunktionen rechtzeitig, noch bevor Schmerzen auftreten, behandeln lassen zu können. Hierin enthalten ist ein individuelles Gesundheitshandeln, dass auf einen bewussten Umgang mit Körper und Gesundheit hinweist. D.h. der Patient sucht mit dem dahinter liegenden Wunsch seine Gesundheit zu erhalten den Osteopathen auf, damit sich dieser einen Überblick über dessen Gesundheitszustand verschaffen kann. Hierzu könnten sich so genannte Überblickstests eignen (Global Listening, Local Listening, Thermodiagnostik etc.), welche eher den funktionellen Tests zuzuordnen sind. Es kann sich hierbei einerseits um eine Primärprävention handeln, d.h. der Patient möchte der Entstehung von Krankheiten, von Symptomen zuvorkommen und andererseits um eine Sekundärprävention, welche das Ziel hat, möglichst früh Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheit zu erfassen (vgl. Hafen 2001). Darunter fallen in der

Medizin z.B. das Neugeborenen-Screening, die empfohlene Gesundenuntersuchung ab dem vierzigsten Lebensjahr etc., aber auch Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. die Krebsvorsorge. In diesem Sinne kann der Wunsch des Patienten auf ein „osteopathisches Screening“ verstanden werden, mit deren Hilfe die Entstehung von Krankheiten verhindert, bzw. Risikofaktoren für das neuerliche Auftreten von Beschwerden hinten gehalten werden soll. Es kann sich insofern eine interessante Diskussion entwickeln, dass eine Person wenn die Krankheit, wegen der sie den Osteopathen aufgesucht hat, überwunden hat, nicht als Genesener sondern als so genannter „virtueller“ Patient, *„welcher lebt, um nicht krank zu werden“* [fühlt] (Strasser 2010:1). Strasser (2010) merkt an, dass sich die Medizin der letzten Jahre immer mehr zur Präventionsmedizin, welche dem Menschen suggeriert sich als „noch nicht krank“ und nicht als „gesund“ zu fühlen, entwickelt hat. Des Weiteren verweist er darauf, dass diese Tatsache zu einer allgemeinen Verängstigung führen kann, gesundheitspräventiv niemals genug zu tun und in der ständigen Gefahr zu leben durch „Fehlverhalten“ krank zu werden (vgl. Strasser 2010). Es soll auf keinen Fall der Grundgedanke der Vorsorgemedizin mit all ihren Screeningmöglichkeiten und sinnvollen Aspekten der Gesundheitserhaltung in Frage gestellt werden, doch sollen die sich daraus ergebenden negativen Auswirkungen auf den Einzelnen und sein Verhalten und somit auf seine Persönlichkeit, nicht übersehen werden (vgl. Strasser 2010). In Anbetracht dessen macht es Sinn dem Wunsch des Patienten, hier sollte es eher Klient heißen, nach einem „osteopathischen“ Screening zu entsprechen (vgl. Biberschick 2010). Es soll allerdings der Aspekt einer guten Therapeuten - Patientenbeziehung, Therapeuten - Klientenbeziehung nicht außer Acht gelassen werden. Diese wird entscheidend für das Befinden des Klienten, des „virtuellen“ Patienten sein, ob er sich in Zukunft als „gesund“ oder als „noch nicht krank“ definiert. In diesem Sinne bedarf es innerhalb der Osteopathengemeinschaft eines kritischen Diskurses, damit eine allgemeine Verängstigung, welche sich bereits ansatzweise innerhalb der Präventionsmedizin breit gemacht hat (vgl. Strasser 2010), nicht auch auf die osteopathische Früherkennungsuntersuchung übergreift.

### **6.3.2 Einfluss des „Global Listening“ auf den Befundungsprozess**

Aus den Aussagen der Interviewpartner kristallisierten sich zwei Vorgehensweisen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme heraus. Bei ersterer Vorgehensweise beeinflusst der „Global Listening Test“ auf jeden Fall das weitere Prozedere

des Befundungsprozesses (acht Nennungen), bei zweiterer Vorgehensweise hat das Ergebnis des Testes nur bedingt einen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Befundung (drei Nennungen). Ein Osteopath enthielt sich der Aussage zu diesem Thema.

### **6.3.2.1 Beeinflusst Befundungsprozess**

Innerhalb dieser Kategorie wurden jene Angaben der Interviewpartner zusammengefasst, welche klar erkennen lassen, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ die weitere osteopathische Befundaufnahme beeinflusst hat (acht Nennungen). Mehrheitlich besteht unter den Interviewpartnern innerhalb der Befundaufnahme ein Schema, d.h. es wird mit der Anamnese begonnen, dann wird der Patient gebeten sich bis auf die Unterwäsche zu entkleiden und die Ausgangsstellung Stand einzunehmen. Ob sich nun sofort das „Global Listening“ anschließt, oder dieses erst nach einer allgemeinen Inspektion, Palpation und Beweglichkeitsuntersuchung durchgeführt wird, ist individuell verschieden (vgl. Biberschick 2010). Zwei der acht Interviewpartner führen das „Global Listening“ nicht im Stehen sondern im Liegen durch, wodurch der Ablauf von beschriebenem Vorgehen abweicht. Von Osteopath „L“ wird das „Global Listening“ wie ein Scanner eingesetzt, der es ihm ermöglicht versteckte somatische Dysfunktionen aufzuspüren und falls es dazu in der Anamnese keine Hinweise gibt, über diese mit dem Patienten zu kommunizieren, zu reflektieren, ob Fragen innerhalb des Anamnesegesprächs vergessen wurden, bzw. entsprechende Tests dazu im weiteren Verlauf der Befundaufnahme durchzuführen. Ähnlich formuliert dies Osteopath „I“, welcher auf Grund des Ergebnisses aus dem „Global Listening“, welches ihn z.B. in den Bereich der Nieren führte, seine weitere Vorgehensweise innerhalb der Befundaufnahme änderte und die weitere Vorgehensweise darauf abstimmte, obwohl es dazu aus der Anamnese keinen Hinweis gab. Für Osteopath „H“ kann es bedeuten, dass er auf Grund seiner Wahrnehmung bei der Durchführung des „Global Listening“ jenen Bereich näher nachtestet, wo es ihn hingezogen hat, wo er mehr Spannung wahr genommen hat. Osteopath „F“ formuliert dies folgendermaßen: *„[...] wenn der [Patient] so gar nichts erzählt von irgendwelchen organischen Problemen und es zieht mich eindeutig nach vor, dann bin ich einfach noch hartnäckiger und frage, ob in letzter Zeit [...] ein Infekt war, oder irgend so etwas“* („F“ 2008/11:4).

Als Resümee kann festgehalten werden, dass der „Global Listening Test“ das weitere Vorgehen innerhalb der Befundaufnahme beeinflusst und somit von den

Interviewpartnern dem Ergebnis aus dem „Global Listening“ ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Dabei handelt es sich um einen interessanten Aspekt, welcher so in der Literatur keine Erwähnung findet.

### **6.3.2.2 Beeinflusst nur bedingt Befundungsprozess**

Hierunter wurden Aussagen zusammengefasst, welche dem „Global Listening“ nur bedingt eine Beeinflussung des weiteren Vorgehens innerhalb der Befundaufnahme zuschreiben (drei Nennungen). So wird das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als ein Teilergebnis innerhalb vieler anderer Testergebnisse gesehen, welche erst am Ende des Befundungsprozesses eine Bewertung erfahren. D. h. erst am Ende des Befundungsprozesses kommt es zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose. Die einzelnen Ergebnisse müssen in Kombination mit der Anamnese ein klares Bild ergeben und falls das Ergebnis aus einem der Tests nicht dazu passt, wird es zwar akzeptiert, aber es beeinflusst weder den Befundungsprozess noch die Formulierung der osteopathischen Diagnose (vgl. „J“ 2008/11). Osteopath „J“ merkt in diesem Zusammenhang aber an, dass er dem Testergebnis aus dem „Global Listening“ dann genauer nachgeht, wenn *„[...] er ein wirklich deutliches Muster findet“* („J“ 2008/11:4). Aus diesem Vorgehen kann abgeleitet werden, dass bei Vorlage eines sehr prägnanten Ergebnisses, das Vorgehen im Befundungsprozess darauf abgestimmt wird. Falls das jedoch nicht der Fall ist, dann stehen die einzelnen Testergebnisse gleichberechtigt nebeneinander und der Befundungsprozess folgt einem bestimmten Schema. Das geht auch aus der Aussage von Osteopath „G“ hervor, welcher anmerkt, dass der „Global Listening Test“ *„[...] den Ablauf der Befundung nicht [beeinflusst], weil der immer relativ ähnlich ist“* („G“ 2008/11:6). Es handelt sich dabei um *„[...] nur ein Entscheidungskriterium [und] wenn es ganz viele Sachen gibt, die jetzt für das nicht sprechen, dann ist es nicht das alleinige Entscheidungsmerkmal“* („F“ 2008/11/3).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening“ in die weiteren Überlegungen miteinbezogen wird, jedoch das weitere Vorgehen innerhalb der Befundaufnahme nur bedingt oder gar nicht beeinflusst und die Ergebnisse aus den verschiedenen Tests erst am Ende des Befundungsprozesses einer Bewertung unterzogen werden.

### 6.3.3 Zusammenfassung

Zu diesem Kapitel wurden im Interviewleitfaden Fragen mit dem Ziel formuliert, herauszufinden welche Bedeutung dem „Global Listening“ allgemein und innerhalb der eigenen Befundaufnahme zugeschrieben wird. Es sollte des Weiteren herausgefunden werden, inwieweit der „Global Listening Test“ regelmäßig verwendet wird und ob das Ergebnis daraus die weitere Vorgehensweise innerhalb der Befundaufnahme beeinflusst. So wird das „Global Listening“ von sechs der zwölf befragten Osteopathen regelmäßig beim Erstkontakt angewendet. Interessant waren die Beweggründe der Interviewpartner, welche das „Global Listening“ unregelmäßig durchführen (sechs Nennungen). Es ergaben sich zwei Faktorebenen, wovon eine Faktorebene mit „Therapeutenebene“ und eine andere Faktorebene mit „Patientenebene“ bezeichnet wurden. Innerhalb der „Therapeutenebene“ kristallisierten sich bei den Interviewpartnern folgende Unterkategorien heraus: komplexer Befund versus spezifische Symptome, Intuition des Therapeuten. So hängt in der Faktorebene „Komplexer Befund versus spezifische Symptome“ (drei Nennungen) der Einsatz des „Global Listening“ von der Einschätzung des Therapeuten ab, wie weit es sich um ein komplexes Befundbild handelt, oder ob spezifische Symptome den Therapeuten in eine bestimmte Richtung weisen. Je komplexer das Zustandsbild des Patienten erscheint, desto häufiger wird das „Global Listening“ in der Befundaufnahme angewendet. Im Gegensatz dazu wird das „Global Listening“ dann weggelassen, je klarer sich das Befundbild nach der Anamnese präsentiert, d.h. je spezifischer die Symptome des Patienten scheinen. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll zu sein auf das Gefahrenpotential hinzuweisen, dass sich bei scheinbar noch so klaren spezifischen Symptomen wie z.B. eine Blockade im Bereich eines Wirbelsäulensegmentes etc., ein komplexes Geschehen dahinter verbergen kann (vgl. Barral/Mercier 2005, Helsmoortel et al. 2002, Riedl/Schleupen 2010, Schünke et al. 2005). In der Literatur wird empfohlen, bei Blockaden von Wirbelsäulensegmenten zuerst das dazugehörige Organ mit Hilfe osteopathischer Befundungsmöglichkeiten auf seine Funktion hin zu untersuchen und bei einer Dysfunktion diese zuerst zu behandeln, bevor eine Manipulation durchgeführt wird (vgl. Barral 2005, Riedl/Schleupen 2010). Im Hinblick darauf scheint es angebracht, trotz ausführlicher Anamnese und noch so spezifischer Symptome, allgemeine Überblickstests, zu denen das „Global Listening“ zählt, durchzuführen. Dadurch bietet sich dem Osteopathen

eine zusätzliche Möglichkeit mit Hilfe des „Global Listenings“ versteckte Läsionsketten aufzuspüren und noch einmal dezidiert nach Traumata, Operationen, Erkrankungen etc. nachzufragen. Innerhalb der Faktorebene „Intuition“ wurde auf Aussagen von zwei Interviewpartnern eingegangen, welche als Beweggrund für die Durchführung des „Global Listening“ die Intuition angaben. Die Intuition ist Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Forschungen und wird von Croibier (2006) einerseits als eine Form der Intelligenz und andererseits als ein zu entwickelnder Sinn bezeichnet. Grundlagen hierzu finden sich in der Erforschung der so genannten Spiegelneurone und deren Funktion, welche ihren Ursprung in den Forschungen des Neurobiologen Rizzolatti haben (vgl. Jung 2006, Zeuch 2008). Die Spiegelneurone sind schon beim Neugeborenen vorhanden und entwickeln sich in der Art weiter, dass bei einem Kind zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr das Spiegelsystem so weit entwickelt ist, dass es selbst Empathie zeigen kann (vgl. Jung 2006). Die Empathie, welche im intuitiven Spiegeln des Anderen zum Ausdruck kommt, stellt eine Grundvoraussetzung für eine gelungene Arzt - Patienten bzw. Therapeut - Patientenbeziehung dar (vgl. Jung 2006). Die Intuition ist des Weiteren für die Diagnosefindung bedeutend, da sie den Arzt / Therapeuten dazu veranlasst z.B. innerhalb der Anamnese noch einmal z.B. nach Krankheiten, nach Operationen, etc. nachzufragen. Innerhalb der Patientenebene (eine Nennung) wurde auf den Einsatz des „Global Listenings“ als Screeningmethode, mit all den Vorteilen und Nachteilen von allgemeinen Screenings eingegangen. So gestaltet sich die Medizin in den letzten Jahren immer mehr zur Präventionsmedizin, welche dem Menschen suggeriert sich als noch „nicht krank“ und nicht als „gesund“ zu fühlen (vgl. Strasser 2010). Es kann ein „osteopathisches“ Screening sowohl in Form einer Primärprävention als auch Sekundärprävention sinnvoll sein, allerdings kommt der Therapeuten – Patientenbeziehung eine wesentliche Rolle zu, da dieser Wunsch des Patienten / Klienten nicht aus einem Vermeidungsverhalten, nämlich aus Angst vor zukünftig auftretenden Krankheiten, entstehen, sondern als das gesehen werden soll was es ist, als ein Angebot an „Gesunde“. Als weiterer Aspekt innerhalb dieses Kapitels sollte herausgefunden werden, inwieweit das „Global Listening“ den weiteren Befundungsprozess beeinflusst. So gaben acht von zwölf Interviewpartnern an, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening“ die Vorgehensweise innerhalb der eigenen Befundaufnahme beeinflusst und somit verändert. Interessant an dieser Stelle scheint die Gegenüberstellung der Aussagen aus Kapitel 6.3.1.1 bzgl. der Bedeutung des „Global Listenings“ innerhalb der eige-

nen Befundaufnahme. Bei dieser Frage wurde von drei Interviewpartnern entweder auf einer Skala von null bis zehn (null = kein Stellenwert; zehn = sehr hoher Stellenwert) eine Zuordnung zwischen eins und vier gewählt bzw. in Form von Prozentangaben dem „Global Listening“ ein Stellenwert von 20% innerhalb des Befundungsprozesses zugestanden. In diesem Zusammenhang wurde dezidiert angemerkt, dass es sich um einen Test von vielen innerhalb der Befundaufnahme handelt. Im Gegensatz dazu beeinflusst das Ergebnis aus dem „Global Listening“ bei 66,7% der befragten Osteopathen das weitere Vorgehen innerhalb des Befundungsprozesses. Biberschick (2010) verweist in seiner Masterthese darauf, dass 80% der befragten Osteopathen den „Global Listening Test“ in ihrer Routineuntersuchung anwenden. Es scheint, dass der „Global Listening Test“ im Praxisalltag einen höheren Stellenwert hat, als dies von den Interviewpartnern angegeben wird. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass bei drei Osteopathen das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ die Vorgehensweise innerhalb des eigenen Befundungsprozesses nicht oder nur bedingt beeinflusst. Das bedeutet, dass am Ende der Befundaufnahme ein Resümee gezogen wird und sich dann herauskristallisiert, inwieweit das Ergebnis aus dem „Global Listening“ einen, oder keinen Einfluss auf die Formulierung der osteopathischen Diagnose hat. Inwieweit die Vorgehensweise von acht der zwölf befragten Osteopathen, bei welchen der „Global Listening Test“ den eigenen Befundungsprozess nachhaltig beeinflusst, eine Diskrepanz zu den in der Literatur gemachten Aussagen steht, nämlich dass es sich um einen Teilaspekt innerhalb der Befundaufnahme handelt, kann nicht eindeutig beantwortet werden (vgl. Biberschick 2010, Hinkelthein/Zalpour 2006, Krönke 2006, Paoletti 2001). So besteht der Anspruch an einen Befundungsprozess unter anderem darin, diesen so kurz und zeitsparend wie möglich zu gestalten, ohne wesentliche Aspekte zu übersehen. Das kann bedeuten, dass Vorbefunde, aus dem Befundungsprozess gewonnene Daten, das weitere Vorgehen innerhalb der Befundaufnahme beeinflussen, Untersuchungen und Tests darauf abgestimmt werden, um am Ende eine Diagnose, eine osteopathische Diagnose formulieren zu können.

#### **6.4 Durchführung**

Um Auskunft über die Durchführung des „Global Listenings“ zu erhalten, wurden Fragen zur Ausgangsstellung des Patienten, zur Ausgangsstellung des Therapeuten und zu dessen Handhaltung gestellt. Des Weiteren wurden Fragen zum spezifischen

Handkontakt (Auflagedruck etc.), zur Zeitdauer, welche für das „Global Listening“ aufgewendet wird und zum Durchführungszeitpunkt gestellt. Zum Schluss sollen mögliche Ursachen für Veränderungen bzgl. der Handhaltung und Ausgangsstellung des Osteopathen, in Relation zu Beginn seiner osteopathischen Tätigkeit, aufgezeigt werden.

#### **6.4.1 „Global Listening“ in verschiedenen Ausgangsstellungen**

Im Folgenden werden die Positionen Stand / Sitz und Rückenlage, bezogen auf die Körperhaltung des Patienten, im Hinblick auf die Aussagen der Interviewpartner und den dazu gemachten Angaben in der osteopathischen Literatur aufgearbeitet. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen einerseits Gemeinsamkeiten und andererseits Disparitäten aufzuzeigen. Aus der Aufarbeitung der osteopathischen Literatur (siehe Kapitel 4.2) geht hervor, dass der „Global Listening Test“ in der Ausgangsstellung Stand und /oder Sitz, in den Ausgangsstellungen Stand und Rückenlage, oder nur im Stand durchgeführt wird. Bei der Aufarbeitung der Interviews wird zu erkennen sein, dass vornehmlich die Ausgangsstellung Stand und Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening“ verwendet werden.

##### Ausgangsstellung Stand / Sitz

Aus den Interviews kann als kleinster gemeinsamer Nenner Folgendes festgehalten werden: Von zwölf befragten Osteopathen gaben elf Interviewpartner an, das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand durchzuführen, wobei dies nicht bedeutet, dass der „Global Listening Test“ regelmäßig innerhalb der Befundaufnahme in dieser Ausgangsstellung durchgeführt wird. In den Aussagen wird zu erkennen sein, dass innerhalb der elf Interviewpartner unterschiedlichste Kombinationen von Ausgangsstellungen zur Durchführung des „Global Listenings“ zu finden sind. Des Weiteren sollen die unterschiedlichen Beweggründe für die Wahl der Kombinationen aufgezeigt werden. Es kommt selten vor, dass dieser Test sowohl in der Ausgangsstellung Stand als auch in der Ausgangsstellung Sitz durchgeführt wird. Für die Ausgangsstellung Stand spricht vor allem, dass der „Global Listening Test“ eher zu Beginn der Untersuchung durchgeführt wird, meist nach der Anamnese, mit dem Ziel sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen (vgl. „C“ 2008/10). *„Das „Global Listening“ bedeutet für mich, dass ich mir einen Überblick, möglichst am Beginn, bevor ich etwas anderes teste, vor allem anderen Tests, schaffe,[...]. Der erste Eindruck soll wirklich*

*nur frei stehend sein mit einer Hand* („H“ 2008/12:1, 11). Für Osteopath „K“ bedeutet dies, dass er sich zu Beginn der Befundaufnahme einen Überblick über mögliche Problemzonen verschaffen möchte und daher *„[...] mache ich [es] im Stehen* („K“ 2008/11:1). In den folgenden Aussagen wird zu erkennen sein, dass es anscheinend keine fixe Regel für die Wahl der Ausgangsstellung zur Durchführung des „Global Listening“ gibt. Es werden hierfür von den Interviewpartnern unterschiedliche Begründungen angeführt, wobei es keinen Interviewpartner gibt, der nur in der Ausgangsstellung Sitz das „Global Listening“ durchführt. Zwei von elf Interviewpartnern geben an, das „Global Listening“ beim Erstkontakt immer in der Ausgangsstellung Stand und Sitz durchzuführen, bei Folgekontakten dann eher in der Ausgangsstellung Rückenlage (vgl. „I“ 2008/11, „F“ 2008/11). Einer davon merkt dezidiert an, dass er diesen Test deswegen in beiden Ausgangsstellungen, d.h. in der Ausgangsstellung Stand und Sitz, durchführt, *„[...] weil beim Stand oft so Gleichgewichtsreaktionen dabei sind und das könnte täuschen, [...] und beim Sitzen, wenn es sich wiederholt, verdoppelt sich die Aussagekraft für mich* („F“ 2008/11:5). Osteopath „B“ wählt bei einer bestehenden Gleichgewichtsproblematik, als Alternative zur Ausgangsstellung Stand, die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening“. Als weiterer Beweggrund für die Wahl der Ausgangsstellung Sitz wird von Osteopath „L“ auf seine Intuition verwiesen, d.h. dass er es *„[...] selten im Sitzen [macht]. Also manchmal, aber das ist ganz spontan, [...] habe ich den Eindruck, jetzt täte ich gerne wissen, ob im Sitzen etwas anders ist* („L“ 2008/10:4). Die Ausgangsstellung Sitz kann aber dazu dienen, ein klareres Bild vom Patienten zu erhalten, indem zusätzliche Informationen gewonnen werden. *„Das ist auch wieder so bei Bedarf. Wenn ich mir z.B. nicht mehr sicher bin, ob es jetzt doch in der unteren Extremität oder in der oberen [...] war, dann kann es schon auch vorkommen, dass ich es im Sitzen dann noch einmal mache, um zu schauen, ob es die gleiche Information gibt oder eine andere* („G“ 2008/11:13). Für die Wahl der Ausgangsstellung Sitz wird des Weiteren von einem Interviewpartner ein ganz profaner Beweggrund angeführt, nämlich dass er es *„[...] ab und zu [...] im Sitzen [macht]. Aber das ist fast off records, das ist dann, wenn ich vergessen habe es im Stehen zu machen. Vor allem wenn ich mir denke, von den unteren Extremitäten kommt es eher nicht* („J“ 2008/11:7). Von den elf Interviewpartnern gaben vier Osteopathen an, das „Global Listening“ nie in der Ausgangsstellung Sitz anzuwenden. Osteopath „H“ formuliert dies folgendermaßen: *„Nie. Ja wir haben das schon kennen gelernt. Aber irgendwie*

*ist das nicht hängen geblieben*“ („H“ 2008/12:4). Osteopath „E“ verwendet das „Global Listening“ nicht in der Ausgangsstellung Sitz und betont dies mit den Worten: *„Nein, habe ich noch nie gemacht“* („E“ 2008/11:8). Dies könnte unter anderem daran liegen, dass der „Global Listening Test“ während der Ausbildung in der Ausgangsstellung Sitz laut betreffendem Osteopathen nicht unterrichtet wurde. Innerhalb dieser vier Interviewpartner gab Osteopath „B“ an, dass er zwar manchmal ein „Listening“ im Sitzen durchführt, aber für ihn handelt es sich dabei nicht um ein „Global Listening“, sondern um ein „Local Listening“ (vgl. „B“ 2008/10). Diese Aussage ist insofern interessant, da es sich dabei um einen Widerspruch zu den in der Literatur gemachten Aussagen zur Ausgangsstellung Sitz handelt (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2). Wobei dieser Interviewpartner ein „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Rückenlage durchführt, was wiederum im Widerspruch zu den in der Literatur gemachten Aussagen steht, da in der Ausgangsstellung Rückenlage von „Local Listeners“ bzw. von „segmentalen Ecoute Tests“, mit Ausnahme von Paoletti (2001), gesprochen wird (siehe Kapitel 4.2.1). Sowohl in der osteopathischen Literatur als auch in der osteopathischen Praxis werden bzgl. Ausgangsstellung Sitz und Rückenlage unterschiedliche Bezeichnungen für die „Listening Tests“ verwendet, bzw. wird einmal von „Global Listening“ und ein anderes Mal von „Local Listening“ bzw. von „Ecoute Tests“ und „globalen Ecoute Tests“ in ein und derselben Ausgangsstellung gesprochen (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). Diese ständig wechselnden Bezeichnungen können einerseits zu Verwirrung, andererseits zu Missverständnissen innerhalb der Osteopathengemeinschaft führen. Für die Ausgangsstellung Stand gilt dies nicht, da hier sowohl in der Literatur als auch von den Interviewpartnern nur von „Global Listeners“ gesprochen wird.

#### Ausgangsstellung Rückenlage

Wie zuvor erwähnt, werden von den Interviewpartnern in der Ausgangsstellung Rückenlage unterschiedliche Listeners, bezogen auf den Handkontakt des Therapeuten, durchgeführt (neuen Nennungen). Die in dieser Ausgangsstellung durchgeführten Listeners werden von allen neun Interviewpartnern als „Global Listening“ bezeichnet. Häufig findet sich zur Durchführung des Tests die Kombination Ausgangsstellung Stand / Rückenlage. *„Manchmal mache ich es im Stehen, aber meistens im Liegen“* („E“ 2008/11:3). Ein Interviewpartner verweist darauf, dass er beim *„[...] ersten Mal sicher im Stehen [macht]. Aber dann im Liegen“* („H“

2008/12:3). In ähnlicher Weise beschreibt dies Osteopath „C“, wenn er davon spricht, dass er das „Global Listening“ am Anfang in der Ausgangsstellung Stand und in weiterer Folge in der Ausgangsstellung Rückenlage durchführt. Osteopath „I“ wählt eine ähnliche Vorgangsweise in dem er festhält, dass er *„[...] bei Erstpazienten [es] häufiger im Stehen [durchführt]. Bei Patienten, die ich gut kenne, mache ich es oft auch nur im Liegen“* („I“ 2008/11:7). Interessant erscheinen in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Begründungen für die Auswahl der Ausgangsstellung Rückenlage, bzw. für die Kombination Ausgangsstellung Stand und Rückenlage zur Durchführung des „Global Listenings. So wird auf den Einfluss der Schwerkraft in der Ausgangsstellung Stand verwiesen, welche das Ergebnis des „Global Listenings“ beeinflusst. *„Also wenn ich es verwende, verwende ich es immer unter Einfluss der Schwerkraft, also im Stehen und einfach wenn da irgend etwas sehr prägnant ist, möchte ich wissen, wie das ist, wenn die Schwerkraft weg ist, also im Liegen dann. Also den Vergleich verwende ich ganz gerne“* („D“ 2008/10:7). Für Osteopath „H“ gilt eine ähnliche Begründung, so kann es sein, dass *„[...] wenn die Schwerkraft dazu kommt, dann schaut alles noch mal anders aus“* („H“ 2008/12:5). Ein Interviewpartner spricht in Zusammenhang mit der Ausgangsstellung Stand den Einfluss der Unterstützungsfläche auf die Gleichgewichtslage an, in dem er anmerkt, dass er das „Global Listening“ *„[...] möglichst im Stehen [durchführt], weil da doch die Auflagefläche labiler ist, im Sitzen auch noch, im Liegen verändert es sich, [...], schon recht stark“* („F“ 2008/11:1). Osteopath „J“ differenziert derart, dass abhängig von der Ausgangsstellung, sich seine Wahrnehmung verändert, d.h. *„[...] da gibt es einen Unterschied, wenn er im Stehen ist, dann geht es sehr viel um Bögen, um die Größe und den Radius dieser Bögen. [...] im Liegen geht es sehr viel um „wo spüre ich den Zug?“* („J“ 2008/11:7). Diese Begründungen würden dafür sprechen das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand durchzuführen, bzw. die Kombination Stand und Rückenlage zu wählen. Allerdings wurden von den Interviewpartnern auch Begründungen angeführt, welche eher für die Durchführung in der Ausgangsstellung Rückenlage sprechen und auf Problematiken, welche durch den Einfluss der Schwerkraft bedingt sind, hinweisen. *„Ich glaube ohne Schwerkraft spürt es sich anders an. Deswegen mache ich es auch im Liegen lieber. Weil ich das Gefühl habe im Stehen spürt man schon [...] es zieht nach unten, runter, also es schraubt sich der Körper eigentlich irgendwo hinein, es kommt mir vor, das sehr viel durch die Schwerkraft ist. Das heißt, alle Bereiche, die weiter oben liegen sind ein bisschen Stiefkinder*

[...] während im Liegen habe ich das Gefühl, der Körper ist sehr neutral“ („E“ 2008/11:5,6). Falls ein Patient in der Ausgangsstellung Stand Probleme mit dem Gleichgewicht hat, d.h. „[...] wenn der z.B. nicht gut stehen kann. Weil der Stand halt unsicher ist, oder Schwindel ist [...]“ („B“ 2008/10:7), dann würde das für die Ausgangsstellung Rückenlage sprechen. Die Kombination Ausgangsstellung Stand und Rückenlage wurde von den Interviewpartnern unter anderem dann gewählt, wenn im Rahmen der Befundaufnahme noch weitere Informationen benötigt werden (vgl. „J“, „C“). „Ich kombiniere es dann, wenn ich mir noch nicht ganz sicher bin, nach den Befundungen im Stehen oder auch im Sitzen, wo es hingehen soll“ („J“ 2008/11:7). Als weiterer interessanter Aspekt, welcher bis jetzt in keinster Weise angesprochen wurde und für die Durchführung des „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand und Rückenlage spricht, lautet wie folgt: „Es ist grundsätzlich immer die Frage, wir haben das oft mit unseren Professoren durchgemacht [...], dass man sagt, alles was im Stehen, Sitzen da ist, muss auch im Liegen da sein, sonst ist es keine osteopathische Läsion. Also warum teste ich Stehen und teste ich im Sitzen, wenn ich es ohnehin im Liegen dann brauche. Weil das, was im Liegen da ist, weist dann darauf hin, dass was da ist“ („H“ 2008/12:5). Die alleinige Anwendung des „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Rückenlage wird nur von einem Interviewpartner angegeben (vgl. „A“). Dieser macht in Rückenlage ein „Global Listening“ von verschiedenen Körperregionen aus, d.h. von den Füßen, vom Becken, vom Thorax und vom Schädel aus, wobei „[...] ich mache ihn ja nicht immer so komplett durch, sondern ich benütze ihn manchmal einfach so ein bisschen lokaler“ („A“ 2008/10:7). Diese Art der Durchführung des „Global Listening“ dürfte mit den bei Croibier (2006) und Hinkelthein/Zalpour (2006) beschriebenen „lokalen Ecoute Tests“, bzw. mit den bei Paoletti (2001) beschriebenen „globalen Ecoute Tests“ in Rückenlage übereinstimmen. Dass der betreffende Osteopath den „Global Listening Test“ nur in der Ausgangsstellung Rückenlage durchführt, hängt laut seiner Aussage damit zusammen, dass der Test erst im sechsten Ausbildungsjahr von einem Professor gezeigt und in Summe für die Durchführung und Interpretation nur 30 Minuten Zeit aufgewendet wurden. Ein weiterer Interviewpartner beschreibt in der Ausgangsstellung Rückenlage ein Listening vom Kopf aus, ähnlich wie dies in der „[...] *Kranio* [gemacht wird], [...] wenn es da irgendwo hinzieht, entspricht da ja auch einem „General Ecoute“ („F“ 2008/11:6). Dieser Test dürfte nicht dem von Barral/Croibier (2008) beschriebenen Test am Kraniaum entsprechen, da hierbei nicht vom Erspüren der Spannung in den

Körperfaszien gesprochen wird (siehe Kapitel 4.2.1). Ein Interviewpartner, welcher das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand und Sitz durchführt gibt an, es keinesfalls in der Ausgangsstellung Rückenlage durchzuführen, ohne das näher zu begründen (vgl. „L“ 2008/10).

Zusammenfassend ergibt sich aus den Interviews, dass elf Interviewpartner das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand durchführen. Innerhalb dieser Aussagen ist zu erkennen, dass einerseits das „Global Listening“ nicht regelmäßig im Stand angewendet wird und andererseits unterschiedliche Kombinationen von Ausgangsstellungen anzutreffen sind. Häufig werden die Ausgangsstellung Stand und Rückenlage, seltener die Ausgangsstellung Stand und Sitz zur Durchführung des „Global Listenings“ kombiniert. Die Ausgangsstellung Rückenlage wird von neun Interviewpartnern für die Durchführung des „Global Listenings Tests“ verwendet. Dies steht im Widerspruch zu den in der Literatur gemachten Angaben, da in dieser Ausgangsstellung so genannte „lokale Ecoute Tests“ bzw. „segmentale Ecoute Tests“ durchgeführt werden. Es wird dezidiert darauf hingewiesen, dass sich die Rückenlage, auf Grund der Ausschaltung der Schwerkraft, nicht für ein „Global Listening“ eignet, da der Körper des Patienten an zu vielen Stellen abgestützt ist (vgl. Barral 2005). Einzig und allein Paoletti (2001) beschreibt in der Ausgangsstellung Rückenlage einen „globalen Ecoute Test“ für die oberen / unteren Extremitäten und für den Schultergürtel. Es finden sich sowohl in der Literatur als auch bei den Interviewpartnern unterschiedliche Begründungen für die Wahl der Ausgangsstellungen und deren Kombinationen. Einerseits finden sich Aussagen innerhalb der Interviewpartner, welche eher für die Ausgangsstellung Stand zur Durchführung des „Global Listening“, andererseits welche, die für die Ausgangsstellung Rückenlage sprechen und ihrerseits völlig konträr erscheinen. Für die Ausgangsstellung Stand spricht einerseits der Einfluss der Schwerkraft und die labile Gleichgewichtslage, andererseits der Durchführungszeitpunkt des „Global Listenings“, da dieses meist nach der Anamnese, mit dem Ziel sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen, noch vor den allgemeinen Mobilitätstests durchgeführt wird. Im Gegensatz dazu gaben zwei Interviewpartner an, dass der Einfluss der Schwerkraft in der Ausgangsstellung Stand das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ verfälschen könnte und deshalb die Ausgangsstellung Rückenlage gewählt wird, bzw. wenn noch weitere Hinweise zur Erstellung einer osteopathischen Diagnose benötigt werden, die Kombination

Stand und Rückenlage gewählt wird. Es scheint keine fixen Regeln bzgl. der Wahl der Ausgangsstellung, oder der Kombination von Ausgangsstellungen zu geben, wobei die Ausgangsstellung Stand die am häufigsten gewählte Position zur Durchführung des „Global Listening“, gefolgt von der Ausgangsstellung Rückenlage, ist. Die Ausgangsstellung Sitz wird von keinem der Interviewpartner als alleinige Position zur Durchführung des „Global Listening“, außer bei vorhandenen Gleichgewichtsproblemen im Stand, gewählt. Bei drei Interviewpartnern findet sich im Rahmen der Befundaufnahme die Kombination Stand und Sitz zur Durchführung des „Global Listening“. Die Begründung hierfür findet sich in den Aussagen der Interviewpartner, welche angeben, durch die Kombination beider Ausgangsstellungen zusätzliche Hinweise im Rahmen der Befundaufnahme zu erhalten. Hingegen verwenden vier Interviewpartner die Ausgangsstellung Sitz zur Durchführung des „Global Listening“ nicht. Ein Interviewpartner gibt an ein „Listening“ in der Ausgangsstellung Sitz anzuwenden, spricht in diesem Zusammenhang allerdings von einem „Local Listening“. Die bereits angesprochenen unterschiedlichen Begriffe führen nicht nur innerhalb der Literatur zu Verwirrung, sondern auch innerhalb der Osteopathen und es scheint mehr als sinnvoll, hier eine Begriffsklärung innerhalb der Osteopathengemeinschaft anzustreben.

#### **6.4.2 Ausgangsstellungen Patient**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Ausgangsstellung des Patienten während der Durchführung des „Global Listening“. Es soll dabei vor allem herausgearbeitet werden, inwieweit es einheitliche Vorgaben für den Patienten bzgl. seiner Körperhaltung, Armhaltung etc. gibt. Dies scheint im Hinblick darauf, dass manuelle Tests häufig eine zufällige bis geringe Reliabilität aufweisen und diese maßgeblich von den Durchführungsspezifitäten abhängen, von Bedeutung zu sein (siehe Kapitel 4.1).

##### **Ausgangsstellung Stand**

Im Hinblick auf die Beschreibung der Ausgangsstellung des Patienten findet sich sowohl in der Literatur (siehe Kapitel 4.2.2) als auch bei den Interviewpartnern (elf Nennungen - ein Interviewpartner führt das „Global Listening“ nicht in der Ausgangsstellung Stand durch) von sehr vagen Angaben bis hin zu präzisen Beschreibungen alles wieder. *„Stellen Sie sich so hin, wie sie normal stehen [...]. Es soll sein Stand sein, also es soll der Stand des Patienten sein“* („J“ 2008/11:6). Der Patient erhält

Anweisungen wie, er soll sich „[...] einfach hinstellen wie er spontan steht“ („B“ 2008/10:6), oder „[...] er soll sich ganz normal hin stellen, er muss nicht besonders gerade stehen“ („I“ 2008/11:5). Die Aussagen der anderen Interviewpartner lauten ähnlich, indem Sie den Patienten auffordern sich normal bzw. bequem hinzustellen (vgl. „A“, „D“, „E“, „F“, „G“, „H“, „K“). Allerdings scheint eine innere Norm bei den interviewten Osteopathen einerseits bezogen auf die Standspurbreite und andererseits auf die Blickrichtung vorhanden zu sein, denn wenn der Patient von dieser inneren Norm abweicht, so wird korrigierend eingegriffen (drei Nennungen), bzw. bzgl. Standspurbreite diese aus osteopathischer Sicht interpretiert (zwei Nennungen). „Also ich schaue, dass sie nicht zu breit stehen, dass eine gewisse Labilisierung im Stand entsteht. [...] Also maximal hüftgelenksbreit, nicht Beckenbreite“ („F“ 2008/11:5). Falls der Patient von dieser inneren Norm abweicht, dann kann es sein, dass der betreffende Osteopath korrigierend eingreift (vgl. „G“ 2008/11). „Wenn die Beine ganz dicht beieinander stehen, dann sage ich: „Stehen Sie ein bisschen breiter“ („H“ 2008/12:10). Wenn der Patient hingegen eine zu große Standspurbreite wählt, dann wird insofern korrigierend eingegriffen, dass er angewiesen wird „[...]nicht ganz breit [zu] stehen, er soll so hüftbreit stehen, [...]“ („E“ 2008/11:7). Auf Grund der Aussagen, dürfte sich diese innere Norm der Standspurbreite zwischen hüftgelenksbreit und maximal beckenbreit bewegen (vgl. Kapitel 4.2.2). Wie schon erwähnt gibt es drei Interviewpartner, welche bei einer Abweichung der Standspurbreite von oben aufgelisteter Norm korrigierend eingreifen und dem Patienten Anweisungen dazu geben und zwei Interviewpartner, welche nicht korrigierend eingreifen, aber die Wahl der Standspurbreite interpretieren. „Das ist eher selten, dass jemand wahnsinnig breit da steht und das ist dann auch schon ein diagnostisches Zeichen [...] ja, der will Power demonstrieren“ („L“ 2008/10:5). Ein anderer Interviewpartner gibt an, dass eine vergrößerte Standspurbreite evt. ein Hinweis auf eine viszerale Problematik sein könnte. „Wenn es eine Gewohnheitshaltung ist und das siehst Du ja, dann nehme ich das zur Kenntnis und ziehe daraus meine Schlüsse [...]. Wenn es in der jüngeren Vorgeschichte irgendwie eine viszerale Problematik gegeben hat, ist es ein Hinweis, dass das unter Umständen eine Entlastungsposition ist. Wenn es Narben im Bauchbereich gibt, ist es auch ganz häufig ein Hinweis, das Narbenspannungen ausgeglichen werden“ („D“ 2008/10:9). Diese Art der Interpretation einer vergrößerten Standspurbreite hängt vom jeweiligen Therapeuten ab, ist somit Ausdruck seiner individuellen Sichtweise und lässt keine allgemeine Schlussfolgerung zu.

Unter den elf Interviewpartner, welche die Ausgangsstellung Stand zur Durchführung des „Global Listening“ anwenden, gibt es nur einen Interviewpartner, welcher sehr genaue Anweisungen zur Ausgangsstellung Stand gibt: *„Also bei uns in der Praxis sage ich, er soll sich zum Bücherschrank hinstellen. Er soll zu den Büchern hinschauen, das ist immer so. Also da muss eine Symmetrie drinnen sein für mich [...] die Beine dürfen nicht zu weit auseinander stehen und sie sollen auch nicht so ganz eng stehen[...] sondern ich schaue halt, dass er ganz normal, nicht zu breitspurig da steht [...], normale Spurbreite. Eher schmaler, sodass ungefähr 2 cm zwischen den Knöcheln sind [...]. Dann sage ich, er soll kurz die Schultern rauf und runter ziehen, damit sie einfach locker sind, dass einfach der Brustkorb gut aufliegt“* („C“ 2008/10:8). Diese Anmerkung zur Symmetrie schließt mit ein, dass der Kopf und somit die Augen hierin eingeordnet sind. Bzgl. der Blickrichtung des Patienten kann auf Grund der Handhaltung des Therapeuten der Rückschluss gezogen werden, dass der Patient in der Ausgangsstellung Stand seinen Blick nach vorne gerichtet hat. Zwei Interviewpartner sprechen diesen Aspekt direkt an. *„Stellen Sie sich hin [...], die meisten schauen dann ohnehin automatisch gerade nach vor [...]. Also wenn ich die Hand auflege, dann schaut der Kopf gerade nach vor. Ist auch wieder eher eine neutrale Position, also nicht nach oben und nicht nach unten geneigt [...]* („G“ 2008/11:10). Auf die Frage, ob es egal ist wohin der Patient während des „Global Listening“ schauen soll, folgt folgende Antwort: *„Gerade aus“* („H“ 2008/12:10). Die Angaben zur Blickrichtung des Patienten in der Ausgangsstellung Stand decken sich mit den in der Literatur dazu gemachten Angaben. Einerseits wird dies, wie von den Interviewpartnern, direkt angesprochen (vgl. Paoletti 2001, Prat 2007), andererseits kann auf Grund des Handkontaktes des Therapeuten der Rückschluss auf eine Blickrichtung nach vorne gezogen werden (vgl. Ligner 2007, Paoletti 2001). In einem weiteren Schritt wird der Patient gebeten, noch bevor das eigentliche „Global Listening“ stattfindet, die Augen zu schließen (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). Von den befragten Osteopathen gaben acht Kollegen an, in der Ausgangsstellung Stand dem Patienten die Augen schließen zu lassen. So sind zu Beginn die Augen offen, dann stellt der Therapeut mit einer oder zwei Händen den Kontakt zum Patienten her und dann wird der Patient gebeten *„[...] die Augen zu zumachen“* („J“ 2008/11:5). Die gleiche Vorgehensweise wählt Osteopath „B“, indem er dem Patienten *„[...] zuerst einmal [die Augen] offen [lässt und dann] lasse [ich] sie [...] schließen*

wenn ich die Hände dort habe“ („B“ 2008/10:8). Der Patient wird in dieser Durchführungsphase des „Global Listenings“ dezidiert von Osteopath „F“ gebeten, *„[...] machen Sie jetzt die Augen zu und den Augenblick registriere ich. Also was mit dem Schließen der Augen passiert, sobald die optische Kontrolle weg ist“* („F“ 2008/11:5). Im Gegensatz dazu berichten drei der zwölf Interviewpartner, dass der Patient die Augen während der gesamten Durchführungsdauer des „Global Listenings“ offen lassen kann (vgl. „H“, „I“, „L“). D.h. es besteht ein innerer Kriterienkatalog, wann ein Patient die Augen offen lassen kann und wann der Patient gebeten wird die Augen zu schließen. *„Ich lasse ihm die Augen offen“* („H“ 2008/12:10). *„Der Patient hat sie meistens offen [...]. Es geht so genauso gut. Manche, also ich habe viele ältere Patienten, fühlen sich unsicher, wenn Sie die Augen schließen“* („I“ 2008/11:6). Hierbei wird insofern ein interessanter Aspekt angesprochen, dass nämlich die Wegnahme der visuellen Kontrolle zu Unsicherheit führen kann. Diese Unsicherheit kann verschiedene Ursachen haben, geht aber meist mit dem Gefühl einher, das Gleichgewicht zu verlieren. Ein Interviewpartner hat dezidiert als Grund für das Offen lassen der Augen eine bestehende Gleichgewichtsproblematik des Patienten genannt, d.h. wenn *„[...] da jemand ist, [...], der schreckliche Schwindelattacken hat, ja wo man das Gefühl hat, der fliegt gleich um“* („L“ 2008/10:4), dann soll der Patient die Augen offen lassen. Trotz dieser Erfahrungen aus der osteopathischen Praxis verwundert es etwas, dass in der osteopathischen Literatur im Rahmen des „Global Listenings“ in keinsten Weise auf die Gleichgewichtsthematik in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen eingegangen wird (siehe Kapitel 4.2.2). So wie schon beim Thema Unterstützungsfläche angesprochen, spielt es eine Rolle, ob die Augen geschlossen oder offen sind, da bei geschlossenen Augen die Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes innerhalb dieser zunimmt (vgl. Hochschild 2002). Vor diesem Hintergrund erscheint es erstaunlich, dass nur drei Osteopathen diese Gleichgewichtsproblematik ansprechen. Da es beim „Global Listening“ darauf ankommt, noch so kleine fasziale Spannungsänderungen und Bewegungsausschläge wahrzunehmen, sollte mit dem Wissen, um Gleichgewichtsreaktionen in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen, bewusst umgegangen werden, um Fehlerquellen bei der Interpretation des „Global Listening“ so gering wie möglich zu halten.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass sowohl in der Literatur als auch unter den befragten Osteopathen dem Patienten sehr viel Freiraum bzgl. seiner Körperhaltung

in der Ausgangsstellung Stand eingeräumt wird. Es scheint bezogen auf die Standspurbreite, die Blickrichtung des Patienten und das Schließen der Augen unter den interviewten Osteopathen eine innere Norm zu bestehen. So soll die Standspurbreite des Patienten zwischen hüftgelenksbreit und maximal hüftbreit bzw. beckenbreit liegen, der Blick des Patienten soll nach vorne gerichtet sein und die Augen sollen in der Durchführungsphase mehrheitlich geschlossen sein. Es ist doch interessant, wie viel Freiraum bei der Wahl der Standspurbreite, sowohl von den Interviewpartnern als auch von verschiedenen Autoren (Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Croibier 2006), zugelassen wird, da sich diese direkt auf die Größe der Unterstützungsfläche auswirkt und in direktem Zusammenhang mit der Gleichgewichtslage des Körpers steht (vgl. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000, Schünke et al. 2005).

### **Ausgangsstellung Sitz**

Die Ausgangsstellung Sitz zur Durchführung des „Global Listenings“ findet sich bei fünf Interviewpartnern wieder, wobei diese Ausgangsstellung nie als alleinige Position für das „Global Listening“ angewendet und im Gegensatz zur Ausgangsstellung Stand und Rückenlage deutlich seltener gewählt wird. Dies deckt sich mit den dazu gemachten Aussagen aus der osteopathischen Literatur (siehe Kapitel 4.2.2). Es finden sich weder in der Literatur noch unter den Interviewpartnern genauere Aussagen zur Ausgangsstellung des Patienten, bzw. zur Körperhaltung des Patienten (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Einer von fünf Interviewpartnern gibt an, dass die Füße des Patienten baumeln müssen, d.h. die Unterschenkel frei hängen müssen, damit eine Labilisierung gegeben ist, wie dies in ähnlicher Art und Weise in der Ausgangsstellung Stand der Fall ist (vgl. „F“ 2008/11). Alle anderen Interviewpartner beschreiben die Ausgangsstellung Sitz nicht näher, nur auf Grund der Tatsache, dass die Patienten auf der Therapieliege sitzen und sich diese der Therapeut auf eine Höhe einstellt, dass er selbst bei der Durchführung des „Global Listenings“ aufrecht stehen kann, ist davon auszugehen, dass die Füße des Patienten ebenfalls frei baumeln. Warum diese Position deutlich weniger oft als die Ausgangsstellungen Stand und Rückenlage für das „Global Listening“ angewendet wird, kann damit zusammenhängen, dass der Test einerseits nach der Anamnese in der Ausgangsstellung Stand angewendet wird, um sich sehr früh im Befundungsprozess einen globalen Überblick zu verschaffen, andererseits sich die Ausgangsstellung Rückenlage, in welcher viele therapeutische Maßnahmen ausgeführt werden, zu

deren Evaluierung und zum Feststellen des Befindens des Patienten während und nach der Therapie anbietet. Es scheint des Weiteren, dass dieser Ausgangsstellung in der Ausbildung weniger Bedeutung zukam oder nicht unterrichtet wurde (vgl. „A“, „E“, „H“), bzw. als weniger aussagekräftig erlebt wurde (vgl. „A“, „C“).

### **Ausgangsstellung Rückenlage**

Im Gegensatz zur Literatur findet sich die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening“ in der osteopathischen Praxis bei neun von zwölf Interviewpartnern (siehe Kapitel 4.2.2). In der Literatur wird der Beschreibung der Ausgangsstellung Rückenlage wenig Aufmerksamkeit geschenkt, sodass sich einzig und allein die Anforderung findet, dass der Patient entspannt liegen soll. Ähnliches gilt für die Aussagen der Interviewpartner, welche als Hauptkriterium nennen, dass sich der Patient *„[...] entspannt hinlegen [soll], die Beine natürlich nicht überkreuz legen, sodass er gerade und locker am Rücken liegt“* („A“ 2008/10:7). Die Patienten können hierzu wählen, ob *„[...] sie einen Polster wollen oder nicht, ob sie eine Knie-rolle haben wollen oder nicht, [...] I. Sie sollen entspannt liegen“* („E“ 2008/11:6). Dieses nicht Überkreuzen der Beine kann indirekt aus der dazugehörigen osteopathischen Literatur abgeleitet werden, da der Therapeut am Fußende steht und jeweils eine Hand auf jeweils ein Bein oder einen Fuß legt (vgl. Paoletti 2001). Das deckt sich mit den Angaben der Interviewpartner, welche häufig für ein „Global Listening“ den Handkontakt an den unteren Extremitäten wählen („A“, „C“, „D“, „E“, „F“, „H“, „I“, „J“, „K“). Die Anforderung an ein entspanntes Liegen, kann für jeden Patienten etwas Anderes bedeuten und hängt direkt mit der körperlichen Konstitution zusammen. So kann für einen Patienten mit vermehrter Lendenlordose eine Knie-rolle zur Entspannung beitragen, für Jemanden mit einer vermehrten Kyphose in der Brustwirbelsäule ein Polster unter dem Kopf hilfreich sein. Es scheint so, dass die Verwendung genannter Hilfsmittel keinen Einfluss auf das Ergebnis des „Global Listening Tests“ hat, allerdings finden sich dazu keine Angaben in der osteopathischen Literatur. Aus den Aussagen der Interviewpartner geht nicht hervor, wo der Patient seine Arme platzieren soll bzw. platzieren kann. Bei Paoletti (2001), welcher als einziger einen „globalen Ecoute Test“ in der Ausgangsstellung Rückenlage durchführt, finden sich ebenso keine Angaben zur Position der Arme, sodass hierzu Anleitung bei den so genannten „Inhibitionstests“ genommen wurde (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002). Vor diesem theoretischen Hintergrund

(siehe Kapitel 4.2.2) erscheint es von Interesse sich mit folgende Frage auseinander zu setzen: Kann durch die Position der Arme, der Hände des Patienten eine Art Eigeninhibition erzielt werden, d.h. kann dadurch eine Entspannung der darunter liegenden Strukturen erreicht werden? Wenn das der Fall wäre, so sollte der Position der Arme, der Hände des Patienten mehr Bedeutung beigemessen werden, um dadurch das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ nicht zu verfälschen. Ein interessanter Aspekt, welchem bisher in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ keine Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

### **6.4.3 Ausgangsstellung und Handhaltung Therapeut**

Innerhalb dieses Kapitels werden Aussagen zum Thema Ausgangsstellung des Therapeuten, Handhaltung des Therapeuten und zur Art und Weise der Kontaktaufnahme des Therapeuten zu den Geweben des Patienten, aufgearbeitet. Dabei wird sowohl auf die Ausgangsstellung Stand/Sitz als auch auf die Ausgangsstellung Rückenlage eingegangen.

#### **6.4.3.1 Stand/Sitz - Position des Therapeuten**

Der Patient befindet sich in der Ausgangsstellung Stand, der Therapeut steht entweder direkt, seitlich hinter oder seitlich neben dem Patienten. Wobei die Wahl der Position des Therapeuten einerseits davon abhängt, ob er mit einer oder zwei Händen Kontakt zum Patienten aufnimmt und andererseits wie er seine Hand / Hände positioniert (elf Nennungen – ein Interviewpartner führt kein „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand durch). *„Ich stehe üblicherweise dahinter und habe zu 99% die Hand auf dem Kopf, wenn es im Stand ist“* („D“ 2008/10:10). Osteopath „K“ und „L“ verwenden ebenfalls nur eine Hand und stehen genau hinter dem Patienten. Diese Position des Therapeuten kann ebenso eingenommen werden, wenn mit zwei Händen der Kontakt zum Patienten hergestellt wird (vgl. „B“, „C“, „H“). Als wesentliche Voraussetzung für Wahl der eigenen Position in Relation zum Patienten wird von zwei Interviewpartnern angegeben, dass die Hand entspannt platziert werden soll (vgl. „F“, „G“). Daraus kann sich folgende Position ergeben: *„Ich stehe schräg dahinter, dass meine Hand gemütlich ist“* („F“ 2008/11:6), oder *„[...] ich stehe leicht rechts, das ich gemütlich, entspannt meine Hand auf den Kopf legen kann“* („G“ 2008/11:10). Diese Position, in der der Therapeut leicht schräg hinter dem Patienten oder seitlich vom Patienten steht, wird ebenso von einigen Interviewpartnern einge-

nommen, welche mit beiden Händen Kontakt zum Patienten haben (vgl. „E“, „I“, „J“). Aus den Antworten der Interviewpartner geht hervor, dass die Wahl der Position des Therapeuten, d.h. ob er direkt, seitlich hinter oder seitlich neben dem Patienten steht, nicht davon abhängt, ob mit einer oder beiden Händen der Kontakt zum Patienten hergestellt wird. Für die Wahl der Position des Therapeuten dürfte eher die Tatsache verantwortlich sein, dass die Hand bzw. die Hände entspannt am Patienten platziert werden können. Ähnlich verhält es sich bei der Durchführung des „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Sitz, in welcher der Therapeut direkt bzw. schräg hinter dem Patienten steht und ebenso mit einer oder beiden Händen Kontakt zum Patienten hat. Dies deckt sich mit den dazu gemachten Angaben in der osteopathischen Literatur (vgl. Kapitel 4.2.3.2) zur Position des Therapeuten und zur Verwendung von einer oder beiden Hände in der Ausgangsstellung Stand (vgl. Barral/Mercier 2005, Burch 2003, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paoletti 2001). Aus den Aussagen kann keine Präferenz für eine der genannten Positionen des Therapeuten abgeleitet werden. Allen gemeinsam erscheint die Tatsache, dass die Position des Therapeuten so gewählt werden soll, dass seine Hand bzw. seine Hände eine entspannte Haltung einnehmen können. Zur Positionierung der Hand bzw. der Hände mehr im folgenden Kapitel.

#### **6.4.3.2 Stand/Sitz - Handkontakt des Therapeuten**

Weder in der Literatur noch in der osteopathischen Praxis findet sich eine einheitliche Meinung dazu, ob mit einer oder mit zwei Händen der Kontakt zum Patienten aufgenommen werden soll (elf Nennungen), bzw. zu welchen Körperregionen der Kontakt herzustellen sei (siehe Kapitel 4.2.3.2). Von elf Interviewpartnern verwenden in der Ausgangsstellung Stand/Sitz fünf Osteopathen eine Hand und sechs Osteopathen beide Hände zur Durchführung des „Global Listening“. In einem ersten Schritt wird auf jene Osteopathen eingegangen, welche eine Hand zur Durchführung des „Global Listening“ verwenden (fünf Nennungen), wobei es Situationen geben kann in denen die zweite Hand ebenfalls dazu genommen wird. D.h. von den fünf Interviewpartnern, welche nur eine Hand zur Durchführung des „Global Listening“ verwenden, entscheiden sich vier Kollegen in bestimmten Situationen zum Dazunehmen der zweiten Hand. Für die Osteopathen „L“ und „D“ geht es darum, dem Patienten, falls dieser Gleichgewichtsprobleme hat, mehr Sicherheit mit der zweiten Hand zu geben. *„Also, was ich manchmal habe, aber das ist mehr um einen zweiten Kontakt zum Patienten*

zu haben, um ihm gewisse Sicherheit zu vermitteln, dass ich die linke Hand auf seinen Oberarm oder seiner Schulter habe [...] aber weniger um über die linke Hand groß Informationen aufzunehmen“ („L“ 2008/10:6). Als weiterer Grund für die Kontaktaufnahme mit der zweiten Hand wurde die Möglichkeit der Inhibition (siehe Inhibitionstests - Kapitel 4.2.2) einer bestimmten Körperregion, eines bestimmten Organs, zur weiteren Differenzierung der Spürinformation genannt. „[...] wenn ich dann schauen will, ob ich den Punkt genau erwische, also ausgleichen kann, dann suche ich herum [...] mit der zweiten Hand und schau, aha, das ist die Leber. Da lege ich die Hand drauf und schaue einmal, ob ich es inhibieren kann. Wenn es lockerer wird, dann weiß ich, aha“ („H“ 2008/12:9). Es kann die zweite Hand auch dann hinzugenommen werden, wenn der Osteopath sich dadurch den Gewinn zusätzlicher Informationen erhofft (vgl. „B“). Des Weiteren wurde von einem Interviewpartner die Intuition des Therapeuten bei der Wahl, ob mit einer Hand oder mit beiden Händen der Kontakt zum Patienten hergestellt wird, als Begründung angegeben. „[...] zweite Hand. [...] manchmal habe ich das Gefühl, ich muss irgendwo dann noch korrigierend oder warum auch immer eingreifen. Manchmal lege ich die Hand einfach auf interessante Punkte am Körper [...]. Manchmal um einfach zu schauen ob sich etwas verändert oder auch nicht [...]“ („G“ 2008/11:11). Falls mit einer Hand der Kontakt zum Patienten aufgenommen wird, so befindet sich diese auf dem Kopf des Patienten, wobei der Unterarm unterschiedliche Positionen einnehmen kann (fünf Nennungen). D.h., dass der Unterarm entweder gestreckt ist (vgl. „H“, „D“), oder dass der Therapeut mit dem „[...] Ellenbogen an der oberen Brustwirbelsäule [ist] und mit der Handfläche am Kopf oben“ („K“ 2008/11:7). Für Osteopath „L“ gilt, dass er die „[...] rechte Hand anterior – posterior von hinten stehend auf den Kopf drauf [legt]“ („L“ 2008/10:5), die Position des Unterarmes spielt für ihn keine wesentliche Rolle und kann von Patient zu Patient variieren. Für die Osteopathen, welche mit beiden Händen Kontakt zum Patienten aufnehmen (sechs Nennungen), befindet sich fast immer eine Hand auf dem Kopf, die zweite Hand kann hingegen sehr variabel platziert werden. „Ich habe eine Hand oben am Kranium, Schädeldach oben und die zweite Hand, das ist unterschiedlich. Je nachdem, wie es ist. Entweder zwischen den Skapulae oder am Sakrum“ („B“ 2008/10:7). Osteopath „J“ platziert seine zweite Hand im Bereich der Brustwirbelsäule, allerdings setzt er diese nicht fühlend ein, „[...] sondern [um ihn] so ein bisschen auf Distanz [zu] halten und auch den Patienten so ein bisschen unterstützend [zu] berühren“ („J“ 2008/11:5). Ebenso stellt

Osteopath „C“ mit der zweiten Hand den Kontakt zur Brustwirbelsäule her um dem Patienten bei Gleichgewichtsproblemen mehr Sicherheit zu geben. Ein Interviewpartner beschreibt die Position seiner Hände so, dass er eine Hand *„[...] auf den Kopf und [die zweite Hand] auf den Nacken legt“* („E“ 2008/11:7). Es kann sein, dass ein und derselbe Osteopath bei der Durchführung des „Global Listenings“ an ein und demselben Patienten zwei verschiedenen Handhaltungen wählt, um somit das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ zu überprüfen und mögliche Fehlerquellen hintan zu halten. *„[...] dann greife ich ihn meistens mit einer Hand am Kopf und mit der zweiten Hand auf den Sakrumbereich und dann mit beiden Händen auf die beiden Trapeziuswinkel“* („I“ 2008/11:5). *„Weil die Handhaltung, wo eine Hand am Kopf ist und eine Hand am Sakrum ist, zwar vom Gebiet ziemlich umfassend ist, aber ich persönlich habe dann das Problem, dass dann eine meiner Hände, nämlich die am Sakrum, verdreht ist im Handgelenk. Und da habe ich dann bei mir beobachtet, dass ich dadurch oft Züge oder Spannungen zu spüren glaube, die eigentlich nicht da sind. [...] deswegen nehme ich das zweite oft gerne dazu“* („I“ 2008/11:8). So wie in der osteopathischen Praxis finden sich auch in der dazugehörigen osteopathischen Literatur unterschiedliche Handhaltungen (siehe Kapitel 4.2.3.2). Es scheint eine sehr große individuelle Freiheit bzgl. der Hand- / Armposition, bzw. Handpositionen zu bestehen und es wird weder in der Literatur noch von den Interviewpartnern darauf eingegangen, inwieweit dies einen Einfluss auf das Ergebnis des „Global Listenings“ haben könnte. Allerdings haben elf der befragten Interviewpartner immer eine Hand am Kopf liegen, egal ob Sie das „Global Listening“ mit einer oder mit zwei Händen ausführen. Um das Ergebnis aus dem Test nicht zu verfälschen, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Hand, bzw. die Hände des Therapeuten entspannt sein sollen. Aus der Aufarbeitung der dazugehörigen Literatur und den Interviews könnte abgeleitet werden, dass es weder relevant ist, ob der „Global Listening Test“ mit einer oder zwei Händen durchgeführt wird, noch zu welcher Körperstelle am Patienten der Kontakt hergestellt wird. Da jedoch dazu keine Untersuchungsergebnisse vorliegen, kann dies nur als Hypothese in den Raum gestellt werden.

#### **6.4.3.3 Rückenlage - Handkontakt des Therapeuten**

Wie bereits in Kapitel 4.2.2 festgehalten, wird die Ausgangsstellung Rückenlage fast ausschließlich zur Durchführung eines „Local Listenings“ und nicht für ein „Global

Listening“ verwendet. Des Weiteren findet sich bei Barral/Croibier (2008) im Rahmen der kraniosakralen Osteopathie ein so genannter „globaler kranialer Ecoute“. D.h. in der Literatur findet sich, mit Ausnahme von Paoletti (2001), die Ausgangsstellung Rückenlage kaum zur Durchführung eines „Global Listening“. Im Gegensatz dazu verwenden 75% der Interviewpartner die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening Tests“ (neuen Nennungen). An den Handhaltungen wird zu erkennen sein, dass kaum ein Unterschied zwischen den in der Literatur beschriebenen Handhaltungen für ein „Local Listening“ (siehe Kapitel 4.2.3.3) und den Handhaltungen der Interviewpartner für ein „Global Listening“ festzustellen ist. Von den neun Interviewpartnern, welche ein „Global Listening“ in Rückenlage durchführen, platzieren sechs Osteopathen ihre Hände auf den Füßen. Genauer gesagt befinden sich die Hände *„[...] meistens am Rist, mit den Fingern und den Daumen an der Fußsohle“* („D“ 2008/10:11). Es kann sein, dass bei einer leicht veränderten Position der Finger die Hände *„[...] am Rist – Fußrücken – Sprunggelenk“* („I“ 2008/11:8) zu liegen kommen, oder sich nur am Rist befinden (vgl. „C“, „A“, „H“). Bei vier von den neun Interviewpartnern findet sich zusätzlich noch ein „Global Listening“ vom Kopf aus (vgl. „A“, „E“, „F“, „H“), d.h. es wird entweder nur vom Kopf aus, oder von den Füßen und vom Kopf aus durchgeführt. Als Entscheidungskriterium hierfür kann die Einschätzung des Osteopathen dienen, d.h. ob dieser vermutet, dass *„[...] das Problem, sagen wir eher unten ist, dann mache ich es eher einmal bei den Füßen [...] Die Hände am Fußrücken, so im Bereich vom zweiten Metatarsale“* („E“ 2008/11:7), wenn hingegen das Problem eher von oben kommt, dann *„[...] gehe ich lieber zum Kopf“* („E“ 2008/11:7). *„Also entweder habe ich sie auf den Beinen, oder ich habe sie beim Kopf. Da habe ich immer beide Hände“* („F“ 2008/11:7). Die Handhaltung am Kopf kann variieren, so beschreibt Osteopath „E“, dass er *„[...] entweder wirklich das Okziput ganz in die Hand [nimmt]. Manchmal spürt sich der Kopf so an, als ob das nicht passt, dass man den wirklich drauf legt auf die Hände [...] und dann lege ich meine Hände seitlich lieber so im Bereich vom Mastoid, Okziput so“* („E“ 2008/11:7). Bei den sechs Interviewpartnern, welche ein „Global Listening“ von der unteren Extremität, genauer gesagt von den Füßen aus machen, handelt es sich um die gleiche Handhaltung wie bei den in der Literatur beschriebenen „segmentalen Ecoute Test“ an der unteren Extremität (vgl. Croibier 2006, Paoletti 2001). Des Weiteren finden sich bei den Interviewpartnern Aussagen, die den Rückschluss zulassen, dass es nicht von Bedeutung ist, von welchen Körper-

stellen aus ein „Global Listening“ gemacht wird. *„Im Liegen geht es sehr viel darum, wo spüre ich den Zug. [...] wohin kann ich den Zug hin verfolgen? Und dann kann es aber durchaus sein, dass ich einfach am Sakrum einmal hineinspüre und versuche Informationen vom ganzen Körper zu kriegen oder vom Kopf aus oder von der Brust oder ist eigentlich fast „wurscht“ wo ich jetzt berühre“* („J“ 2008/11:7). Ähnlich formuliert dies Osteopath „K“, welcher den Kontakt mit seinen Händen *„[...] manchmal [zur] Schulter, manchmal [zu] Bauch und Brustwirbelsäule, manchmal [zu] Bein und Hüfte, also ganz unterschiedlich [herstellt]. Wo ich bin oder sehr viel arbeite, ist auch von den Beinen aus – Fibula. Aber manchmal nur so ganz allgemein [lege ich die Hände] auf den Unterschenkeln drauf“* („K“ 2008/11:8,9). Wenn also ein „Global Listening“ z.B. von den Schultern aus möglich ist, warum sollte es dann nicht auch von den Füßen, vom Kopf oder von anderen Stellen am Körper aus möglich sein? Paoletti (2001) und Barral (2005) verweisen darauf, dass es dem Therapeuten möglich sein sollte, von irgendeiner Stelle des Körpers aus fasziale Beeinträchtigungen erspüren zu können, jedoch mit der Anmerkung, dass dazu viel Erfahrung vom Anwender notwendig ist (siehe Kapitel 4.2.3.3). Wenn diese Aussage zutrifft dann folgt daraus, dass es nicht von Bedeutung ist, an welcher Körperstelle der Patient berührt bzw. ein „Global Listening“ durchgeführt wird, um in den Körper hinein zu hören und eine Dysfunktion festzustellen. Vor diesem Hintergrund scheinen die von den Interviewpartnern gemachten Aussagen, dass von jeder Körperstelle aus ein „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Rückenlage durchgeführt werden kann, nachvollziehbar zu sein und decken sich mit den Aussagen von Barral (2005) und Paoletti (2001). Allerdings stehen sie im Widerspruch zu Aussagen von Croibier (2006) und Paoletti (2001), wobei letzterer sowohl „globale Ecoute Tests“ als auch segmentale „Ecoute Tests“ in der Ausgangsstellung Rückenlage beschreibt. D.h. dass es weder in der Literatur, noch im osteopathischen Praxisalltag, bzgl. des Handkontaktes des Therapeuten in der Ausgangsstellung Rückenlage eine einheitliche Vorgehensweise gibt.

#### **6.4.4 Ergänzende Durchführungsspezifitäten**

Darunter fallen Faktoren, welche sich mit dem spezifischen Handkontakt des Therapeuten (Auflagedruck der Hand etc.), mit der Zeitdauer, welche für das „Global Listening“ aufgewendet wird und mit dem Durchführungszeitpunkt beschäftigen.

#### 6.4.4.1 Spezifischer Handkontakt des Therapeuten

Innerhalb dieses Kapitels soll auf die Art und Weise des Herstellens des Handkontaktes und auf den Auflagedruck der Hand eingegangen werden. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass nur ein leichter Druck mit der Hand ausgeübt werden soll, da es sonst der Hand nicht möglich ist, in den Körper hinein zu horchen (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001). So geben zehn der zwölf befragten Osteopathen an, mit der palpierenden Hand einen leichten Kontakt zum Patienten herzustellen. Mehrheitlich weisen die Interviewpartner darauf hin, dass mit der Hand kein Druck ausgeübt werden soll, sondern es sich lediglich um eine Berührung handelt (vgl. „A“, „B“, „C“, „E“, „F“, „H“, „I“, „J“, „L“). Es handelt sich um „[...] einen sehr leichten [Kontakt]“ („L“ 2008/10:6), „[...] also gerade nur, dass ich Sie berühre“ („F“ 2008/11:7). Ein Interviewpartner beschreibt dies treffend mit einer Metapher: „Ich versuche mich so wie ein Vogel auf einen Zweig zu setzen, eher sehr leicht“ („E“ 2008/11:7). Dieser Interviewpartner bedient sich derselben Worte wie Sutherland, welcher mit dieser Metapher die Art und Weise des Handkontaktes beschrieben hat (siehe Kapitel 4.2.4.1). Hinkelthein/Zalpour (2006) sprechen von einem sehr leichten Handkontakt, welcher einem Druck von 20 bis 30 Gramm entspricht. Eine Anleitung findet sich hierzu in den Gewichtsangaben zu gängigen europäischen Singvögeln, welche durchschnittlich ein Gewicht von zehn bis 30 Gramm aufweisen (vgl. Limbrunner et al. 2001). Insofern decken sich die Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006) mit der Beschreibung von Osteopath „L“. Zwei Interviewpartner formulierten abweichende Aussagen dazu, d.h. ein Interviewpartner gab an, hin und wieder keinen Kontakt mit der Hand zum Patienten zu haben (vgl. „D“ 2008/10) und der zweite Interviewpartner gab an, mit dem Gewicht des halben Armgewichtes die Hand am Kopf des Patienten zu platzieren (vgl. „G“ 2008/11). „Es funktioniert für mich nur wirklich schnell[...]. Keinen Druck, manchmal nicht einmal eine Berührung“ („D“ 2008/10:4). Hier stehen sich zwei konträre Aussagen gegenüber, welche die oben beschriebene Bandbreite einerseits nach oben und andererseits nach unten hin begrenzen. Als Resümee lässt sich festhalten, dass von zwölf Interviewpartnern zehn mit der Hand einen leichten Berührungskontakt zum Patienten herstellen, was sich mit den Angaben in der osteopathischen Literatur deckt.

#### 6.4.4.2 Zeitdauer für das „Global Listening“

Innerhalb dieses Kapitels wird auf jene Zeitdauer, während die Hand des Osteopathen Kontakt zum Patienten hat um Informationen aus dem Körper im Rahmen des „Global Listenings“ wahrzunehmen, eingegangen (zwölf Nennungen). Hierzu finden sich in der Literatur entweder keine Angaben oder sehr genaue Angaben, welche zwischen ein und vier Sekunden liegen (siehe Kapitel 4.2.4.2). Aus den Aussagen der Interviewpartner geht hervor, dass die Zeitdauer für den Handkontakt zwischen einer und 20 Sekunden, bis zu einigen Minuten liegen kann. Daher wurden drei Kategorien gebildet, welchen die entsprechenden Aussagen zugeordnet wurden. Innerhalb der ersten Kategorie wurden Aussagen zusammengefasst, welche die Zeitdauer mit eins bis fünf Sekunden (sieben Nennungen), eine zweite Kategorie mit fünf bis 20 Sekunden (vier Nennungen) und eine dritte Kategorie mit einigen Minuten (eine Nennung) angegeben haben. Die erste Kategorie zeichnet sich dadurch aus, dass die Interviewpartner davon sprechen, dass der eigentliche Listeningvorgang *„[...] sozusagen schnell [geht]. [...] drei Sekunden [...]. Also wenn ich merke, dass es nicht schnell geht, dann gehe ich noch einmal raus und mache es vielleicht dann noch einmal, aber wenn die Information kommt, dann ist sie da“* („D“ 2008/10:4). Die Interviewpartner dieser Kategorie verweisen darauf, dass das Listening in *„[...]drei bis fünf Sekunden erledigt sein [...] [sollte], [da] man dann beginnt, herum zu denken und nachzudenken, dann glaube ich, ist der Test schon nicht mehr verwertbar“* („J“ 2008/11:7,8). Auf dieses Gefahrenpotential verweist ebenso Osteopath „H“, denn *„[...] je länger ich die Hand drauf habe, umso mehr wird es verwischt“* („H“ 2008/12:5). D.h. bei einem längeren Handkontakt, also mehr als fünf Sekunden, besteht die Gefahr, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verfälscht wird (siehe Kapitel 4.2.4.2). Einer der sieben Interviewpartner innerhalb dieser Kategorie verweist darauf, dass es bei einem längeren Handkontakt zu so genannten *„[...] Körperunwindings“* [kommt], *dann überlege ich mir ob ich denen jetzt folge, ob ich da jetzt weiter etwas wissen will oder nicht“* („B“ 2008/10:3). Bei der so genannten „Unwinding - Technik“ handelt es sich um eine Behandlungsmethode aus dem Bereich der kranio-sakralen Osteopathie (vgl. Liem 1998). D.h. es handelt sich um eine Behandlungsmethode und nicht um ein Befundungsinstrument, zu welchen der „Global Listening Test“ zählt. Osteopath „I“ beschreibt in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Fehlinterpretation des Ergebnisses, *„[...] wenn man es zu lange macht, dann bildet man sich zu viel ein. Ja, also zumindest ist das bei mir so. Weil ich kann bei jedem*

*„Patienten nach einer gewissen Zeit da irgendetwas spüren und hinein interpretieren.“* („I“ 2008/11:14). Mit dieser Aussage wird speziell die Interpretationsobjektivität, welche eine wesentliche Bedingung für die Validität eines Tests ist (vgl. Schelten 1997), angesprochen. So sollte die Interpretation eines Testergebnisses nicht vom Tester selbst abhängen, sondern unabhängig von diesem sein, da erst dann von einem validen Test gesprochen werden kann (siehe Kapitel 4.1). Bei der zweiten Kategorie handelt es sich um Zeitangaben für das „Global Listening“, welche zwischen fünf und 20 Sekunden liegen. *„Ich weiß nicht, das sind vielleicht zehn Sekunden. Fünf bis zehn Sekunden“* („L“ 2008/10:2). Es kann die Zeitdauer davon abhängen, ob das „Global Listening“ auffällig ist, *„[...] sagen wir einmal, ja so sechs Sekunden. [...] im Stand brauche ich zwar manchmal länger, wenn es mir irgendeine bestimmte Aussage sagt das „Global Listening“, sehr auffällig ist, dann schaue ich vielleicht noch intensiver rein, [...]“* („C“ 2008/10:4). Die Zeitdauer, d.h. die Anzahl der Sekunden welche für das eigentliche Listening verwendet werden, werden von den einzelnen Interviewpartnern sehr unterschiedlich erlebt, sodass ein Interviewpartner von *„[...] kurz [spricht], also ich würde sagen 20 Sekunden meistens“* („I“ 2008/11:3), was von Interviewpartnern der ersten Kategorie als lang empfunden wird. Für die dritte Kategorie gab es eine Nennung, welche deutlich von den Aussagen der anderen Interviewpartner abweicht. Dabei handelt es sich um einen Interviewpartner, welcher den „Global Listening Test“ einzig und allein in der Ausgangsstellung Rückenlage durchführt. *„Ein paar Minuten maximal. [...] also so einen „Kraniotest“. Also, dass Du einfache mal schaust, wo zieht es mich hin [...] so einen Check halt“* („A“ 2008/10:4). Inwieweit es sich hierbei noch um ein reines „Global Listening“ handelt oder dieses bereits in eine Behandlung übergeht, kann nicht beantwortet werden. Da es sich um eine Einzelnennung handelt, welche deutlich von den Aussagen der elf anderen Interviewpartner abweicht, wird nicht näher darauf eingegangen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zeitdauer für das „Global Listening“ sowohl in der Literatur als auch in der osteopathischen Praxis kurz bemessen ist und mit einigen wenigen Sekunden angegeben wird. Diese kann in der ersten Kategorie von einer bis fünf Sekunden (sieben Nennungen), in der zweiten Kategorie von fünf bis 20 Sekunden (vier Nennungen) reichen. Eine Nennung weicht derart ab, dass Sie hier keine Beachtung findet. Einige der Interviewpartner weisen speziell darauf hin, dass, wenn die Zeitdauer für den „Global Listening Test“ zu lange bemessen wird, das Ergebnis verfälscht werden könnte und zu einer Fehlinterpretation

tion führt. Bei einer längeren Zeitdauer könnte der Fall eintreten, dass der „Global Listening Test“ bereits in eine Behandlung übergeht. Das würde sich negativ auf die Interpretationsobjektivität, welche ein wesentlicher Bestandteil der Validität ist, auswirken (vgl. Schelten 1997). Im Hinblick auf die Ausbildung könnte sich in sofern eine interessante Diskussion entwickeln, was eine sinnvolle Zeitdauer zur Durchführung des „Global Listening“ wäre und wie diese im Unterricht vermittelt werden könnte.

#### **6.4.4.3 Zeitpunkt der Durchführung**

Auf Grund der in der Literatur gemachten Angaben zum Thema Befundaufnahme und Diagnosestellung in der Osteopathie, wird das „Global Listening“ nach der Anamnese, meist in der Ausgangsstellung Stand und / oder Sitz und noch vor der den Mobilitätstests, durchgeführt (siehe Kapitel 4.2.4.3). Diese Vorgehensweise spiegelt sich in den Aussagen von sechs Interviewpartnern wieder. „[...] *ich mache das zuerst einmal im Stehen, vor allen Tests, die ich im Stehen mache*“ („H“ 2008/12:1). Die Interviewpartner „D“ und „F“ geben dezidiert an, dass Sie den „Global Listening Test“ *„[...] nach der Anamnese [machen]. Es ist zuerst der Gesprächsteil und der ist dann fertig und es kommt der Untersuchungsteil“* („D“ 2008/10:5). So ähnlich formuliert des Osteopath „L“, welcher das „Global Listening“ nach der Anamnese und nach der Inspektion in der Ausgangsstellung Stand macht. *„Wenn ich das gemacht habe, dann ist der nächste Schritt für mich dann gleich mal das „Global Listening“* („L“ 2008/120:2). Nur ein einziger der befragten Osteopathen erwähnt die Tatsache, dass der „Global Listening Test“ deswegen vor den Bewegungstests gemacht werden soll, damit er möglichst neutral, d.h. möglichst unbeeinflusst von allen anderen Tests ist (vgl. „F“). Das deckt sich mit den Aussagen von Croibier (2006), welcher darauf hinweist, dass die mechanischen Tests invasiver sind und für kurze Zeit das tiefe Gleichgewicht der Gewebe stören. Daher sollten die „Ecoute Tests“ noch vor allen Mobilitätstest durchgeführt werden (vgl. Croibier 2006). Inwieweit die anderen fünf Interviewpartner ebenfalls aus diesem Beweggrund das „Global Listening“ nach der Anamnese, vor den Mobilitätstest machen oder ob es sich im Rahmen der Befundaufnahme einfach so ergeben hat, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Bei drei Interviewpartnern (vgl. „B“, „C“, „G“) kann aus den Aussagen nicht eindeutig abgeleitet werden, ob das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand vor oder nach den Mobilitätstest, oder erst in Rückenlage angewendet wird. So kann es sein, dass der Test *„[...] irgendwo am Anfang, oder in der*

*Mitte, oder vielleicht am Schluss gemacht [wird]“ („G“ 2008/11:5). Für Osteopath „C“ kann die Reihenfolge insofern variieren, dass er das „Global Listening“ entweder am Anfang der Befundaufnahme, nach der Anamnese in der Ausgangsstellung Stand macht, oder ihn erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Ausgangsstellung Rückenlage anwendet. Hingegen kann bei drei Interviewpartnern dezidiert festgehalten werden, dass der „Global Listening Test“ nach den Mobilitätstest im Stand, bzw. im Anschluss daran in der Ausgangsstellung Rückenlage ausgeführt wird (vgl. „A“, „I“, „E“). „Also wenn Jemand wirklich zum ersten Mal da ist, dann kommt eigentlich zuerst so ein bisschen ein Testen, so von den Gelenken und dieses Ganze und dann, wenn Sie sich hinlegen, dann kommt der Status“ („E“ 2008/11:3).*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der „Global Listening Test“ von sechs Interviewpartnern in der Ausgangsstellung Stand, noch vor den Mobilitätstests durchgeführt wird. Nur einer von sechs Interviewpartnern gibt als Beweggrund für diese Reihenfolge an, dass die vorhergehende Durchführung von Mobilitätstest das Ergebnis aus dem „Global Listening“ beeinflussen (vgl. „F“). Das deckt sich mit den Aussagen von Croibier (2006), welcher dezidiert darauf verweist, dass die Bewegungstests invasiver sind und für kurze Zeit das tiefe Gleichgewicht der Gewebe stört. Bei drei Interviewpartnern kann dezidiert festgehalten werden, dass der „Global Listening Test“ nach der Durchführung von allgemeinen Bewegungstests erfolgt. Auf Grund der Aussagen von drei weiteren Interviewpartnern kann der Durchführungszeitpunkt nicht genau festgelegt werden, da er eher variabel gehandhabt wird, d.h. der Test kann vor oder nach den allgemeinen Bewegungstests in der Ausgangsstellung Stand oder in Rückenlage erfolgen. Eine einheitliche Vorgehensweise betreffend des Durchführungszeitpunktes für das „Global Listening“ im Rahmen der Befundaufnahme, kann aus den Aussagen nicht abgeleitet werden. Es lässt sich insofern eine Tendenz erkennen, dass 50% der befragten Osteopathen das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand, nach der Anamnese, vor allen Mobilitätstests, durchführen. Es erscheint sinnvoll in der Ausbildung auf den Durchführungszeitpunkt für das „Global Listening“ im Rahmen des Befundungsprozesses einzugehen, um mögliche Fehlerquellen bei der Interpretation des Ergebnisses hintan zu halten.

#### 6.4.5 Faktoren für Veränderung

Innerhalb des leitfadengestützten Interviews wurden Fragen zum Thema - Veränderung bei der Durchführung des „Global Listenings“ - gestellt, d.h. inwieweit hat sich im Lauf der Jahre z.B. die Handhaltung, die Position des Therapeuten, die Fähigkeit Informationen aus dem Körper des Patienten wahrzunehmen etc. verändert. Aus den Aussagen der Interviewpartner geht hervor, dass einerseits Zusatzausbildungen, wie Kinderosteopathie, biodynamische Osteopathie (drei Nennungen), andererseits die eigenen Erfahrungen (fünf Nennungen) einen Einfluss auf die Durchführung und die Wahrnehmungsfähigkeit des Osteopathen haben. Ein Interviewpartner gab an nichts verändert zu haben, da er die Informationen, welche er aus dem „Global Listening“ erhält, nur indirekt in seine Befundaufnahme einfließen lässt (vgl. „G“). Croibier (2006) und Paoletti (2001) verweisen explizit darauf, dass es Jahre der Erfahrung braucht um immer feinere Informationen aus dem Körper des Patienten wahrnehmen, bzw. richtig interpretieren zu können (siehe Kapitel 4.2.5). Dieses Faktum spricht ein Interviewpartner direkt an: *„Ich glaube doch, dass je öfter man hinspürt, desto feiner wird das Instrumentarium der eigenen Hand. Desto weniger erfordert es, sozusagen auch vom Patienten, dass er diese groben Ausschläge macht. Es genügt ganz einfach ein kurzer präziser Kontakt“* („L“ 2008/10:7). Da dieser Interviewpartner eine Ausbildung in Kinderosteopathie aufweist, wurde nach deren Einfluss auf die Durchführung des „Global Listenings“ gefragt. *„Ich glaube, ja ganz sicher, weil es sicher das feine Arbeiten sehr geschult hat“* („L“ 2008/10:8). So ähnlich formuliert dies Osteopath „D“, welcher ebenfalls darauf hinweist, dass die Kinderosteopathieausbildung, *„[...] das Arbeiten mit diesen individuellen Situationen, die die Kinder fordern, sicher [...] einen großen Einfluss hat“* („D“ 2008/10:10). Als Faktor für Veränderung wird von drei Interviewpartnern der Einfluss der beruflichen Erfahrung genannt (vgl. „C“, „F“, „K“). *„Es hat sich insgesamt das Spektrum vergrößert und die Feinheit verbessert, [...] das Referenzsystem wird größer. Man hat schon viel mehr verschiedene Leute angegriffen und es wird irgendwie eindeutiger“* („F“ 2008/11:5,7). Ergänzend dazu wird von einem Interviewpartner darauf hingewiesen, dass *„[...] dann einfach die Rückmeldung von den Patienten [...], du bist eher lockerer und nicht so verkrampt und deswegen kannst Du vielleicht auch besser spüren“* („C“ 2008/10:11), hilfreich bei der Weiterentwicklung der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit ist. Die Aussagen der Interviewpartner decken sich mit den in der Literatur gemach-

ten Angaben bzgl. Veränderungspotential, der Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeiten, sowohl was den Tastsinn, die Wahrnehmung als auch die Interpretation des Testergebnisses aus dem „Global Listening“ betrifft (vgl. Croibier 2006, Grunwald/Beyer 2001, Heller/Ballesteros 2006, Paoletti 2001). Bzgl. der Handhaltung und der Position des Therapeuten selbst hat jeder für sich eine für ihn passende, entspannte Haltung am Beginn seiner osteopathischen Tätigkeit gefunden, welche dann beibehalten und nicht verändert wurde. Bezogen auf die Ausbildung gaben vier Interviewpartner an, dass der „Global Listening Test“ zwischen zweitem und dritten Ausbildungsjahr erstmals unterrichtet wurde. Drei der zwölf Interviewpartner wurden mit diesem Test erstmals gegen Ende der Ausbildung, d.h. im fünften und sechsten Ausbildungsjahr, konfrontiert. Die restlichen Interviewpartner konnten sich nicht mehr genau erinnern, zu welchem Zeitpunkt das „Global Listening“ in der Ausbildung unterrichtet wurde. Allen gemeinsam ist der Tenor, dass der „Global Listening Test“ irgendwann, zwischendurch, nebenbei in den Unterricht eingeflossen ist. Wann das „Global Listening“ im Rahmen der Ausbildung unterrichtet wird, scheint eher dem Zufall überlassen zu sein (drei Nennungen). *„Es ist halt irgendwann, hab ich den Eindruck gehabt, Jemandem eingefallen, jetzt mache ich das auch noch dazu und deswegen kommt es“* („G“ 2008/11:15). Auf Grund der von den Interviewpartnern und in der Literatur genannten Faktoren für Veränderung, innerhalb derer darauf hingewiesen wird, dass mit zunehmender Erfahrung in der Anwendung des „Global Listening“ sich sowohl die Wahrnehmungsfähigkeit als auch die Interpretationsfähigkeit weiter entwickelt, wäre es wünschenswert, diesen Test am Beginn der sechsjährigen Ausbildung mit einzuplanen und den Zeitpunkt des Unterrichts nicht dem Zufall zu überlassen.

#### **6.4.6 Zusammenfassung**

Das Kapitel „Durchführung des Global Listening“ nimmt einen zentralen Platz innerhalb dieser Masterthese ein. Es wurde versucht die individuellen Unterschiede, die große Variationsbreite, welche sich in den Aussagen der Interviewpartner findet, darzustellen. Es finden sich bzgl. der Ausgangsstellung des Patienten, in welcher das „Global Listening“ durchgeführt werden kann, die Positionen Stand, Sitz und Rückenlage, wobei es sich bei der Position Stand (11 Nennungen) um die am häufigsten gewählte Ausgangsstellung handelt. Die Positionen Rückenlage und Sitz folgen mit neun respektive vier Nennungen. Hinzu kommt die Tatsache, dass der

„Global Listening Test“ häufig in den Positionen Stand/Rückenlage, selten in den Positionen Stand/Sitz und nur in Ausnahmefällen (z.B. bei Gleichgewichtsproblemen in der Position Stand) in den Positionen Sitz/Rückenlage kombiniert ausgeführt wird. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass für das „Global Listening“ die Ausgangsstellung Stand und Sitz zu verwenden sind, hingegen die Ausgangsstellung Rückenlage sich für ein „Global Listening“ nicht eignet (vgl. Barral 2005). In dieser werden so genannte „lokalen Ecoute Tests“ bzw. „segmentale Ecoute Tests“ durchgeführt (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). Als Begründung wird hierfür angegeben, dass in der Rückenlage der Körper des Patienten an zu vielen Körperstellen abgestützt wird, zudem die Schwerkraft ausgeschaltet wird und sich daher diese Position zur Durchführung des „Global Listenings“ nicht eignet (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2007). Einzig und allein Paoletti (2001) spricht in der Ausgangsstellung Rückenlage von einem so genannten „globalen Ecoute Test“ für die oberen / unteren Extremitäten und für den Schultergürtel. Im Gegensatz dazu wird in der osteopathischen Praxis die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung des „Global Listenings“ häufig verwendet (neun Nennungen), oft in Kombination mit der Ausgangsstellung Stand. Für die Wahl der Ausgangsstellungen und deren Kombinationen finden sich sowohl in der osteopathischen Literatur als auch innerhalb der Aussagen der Interviewpartner unterschiedliche Begründungen, welche zum Teil völlig konträr sind (vgl. Kapitel 6.4.1). Beispielweise spricht bei einigen Interviewpartnern für die Ausgangsstellung Stand die labile Gleichgewichtslage, für andere Interviewpartner wird genau dies als Begründung für die Wahl der Rückenlage zur Durchführung des „Global Listenings“ genannt, um zu verhindern, dass das Ergebnis des „Global Listenings“ durch Gleichgewichtsreaktionen, durch den Einfluss der Schwerkraft verfälscht wird (zwei Nennungen). Des Weiteren führen die schon erwähnten unterschiedlichen Begriffe (Global Listening, Local Listening, Segmentaler Ecoute) nicht nur innerhalb der Literatur, sondern auch innerhalb der Osteopathen zu Verwirrung und es scheint mehr als sinnvoll, hier eine Begriffsklärung herbei zu führen. Wenn die Ausgangsstellung Stand näher betrachtet wird, so wird sowohl in der Literatur als auch in der osteopathischen Praxis, dem Patienten sehr viel Freiraum bzgl. seiner Haltung eingeräumt. Gemeinsamkeiten konnten bzgl. der Standspurbreite, der Blickrichtung des Patienten und dem Schließen der Augen, während der Durchführungsphase des „Global Listening“, gefunden werden. So soll die Standspurbreite des Patienten

zwischen hüftgelenksbreit und maximal hüftbreit bzw. beckenbreit, mit Ausnahme von einigen wenigen Interviewpartnern, liegen, der Blick des Patienten soll nach vorne gerichtet und die Augen in der Durchführungsphase geschlossen sein. Es ist doch interessant wie viel Freiraum dem Patienten bzgl. seiner Körperhaltung, insbesondere seiner Standspurbreite gewährt wird. Die Standspurbreite wirkt sich auf die Größe der Unterstützungsfläche aus und steht in direktem Zusammenhang mit der Gleichgewichtslage des Körpers (vgl. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000). Vor dem Hintergrund, dass der Patient die Augen während des Tests schließen soll, scheint es verwunderlich, dass sich dazu weder in der osteopathischen Literatur, noch bei den befragten Osteopathen (mit Ausnahme einer Nennung) Aussagen finden. Es finden im ruhigen Stand ständig minimale Schwankungen des Körperschwerpunktes innerhalb der Unterstützungsfläche statt, welche zu Beginn des ruhigen Stehens deutlicher ausgeprägt sind und im Laufe der Zeit abnehmen (vgl. Hochschild 2002). Da es beim „Global Listening“ darauf ankommt, noch so kleinste fasziale Spannungsänderungen und Bewegungsausschläge in den ersten Sekunden wahrzunehmen, sollte mit dem Wissen um Gleichgewichtsreaktionen in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen, bewusst umgegangen werden, um Fehlerquellen in der Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ so gering wie möglich zu halten.

Der Ausgangsstellung Sitz zur Durchführung des „Global Listenings“ wird weder in der Literatur, noch von den befragten Osteopathen viel Aufmerksamkeit geschenkt und sie wird fast immer mit der Ausgangsstellung Stand kombiniert (fünf Nennungen). Die Begründung hierfür findet sich in den Antworten dreier Interviewpartner, welche durch ein zusätzliches „Global Listening“ im Sitz einerseits das Ergebnis aus dem Stand überprüfen wollen und andererseits hoffen, zusätzliche Hinweise zu erhalten. Als alleinige Durchführungsposition für das „Global Listening“ wird die Ausgangsstellung Sitz nur dann verwendet, wenn der Patient Gleichgewichtsprobleme in der Ausgangsstellung Stand hat (zwei Nennungen), bzw. wenn im Stand darauf vergessen wurde (eine Nennung). Bezogen auf die Haltung des Patienten in der Ausgangsstellung Sitz wird einzig und allein darauf verwiesen, dass die Unterschenkel des Patienten frei hängen sollen, sodass kein Fußbodenkontakt besteht. Vier der zwölf befragten Osteopathen gaben an, die Ausgangsstellung Sitz zur Durchführung des „Global Listening“ nie zu verwenden. Das könnte damit zusammenhängen, dass der „Global Listening Test“ nach der Anamnese, noch in der Aus-

gangsstellung Stand durchgeführt wird und in der Ausgangsstellung Sitz nicht wiederholt wird. Ein weiterer Grund könnte sein, dass der Ausgangsstellung Sitz als alleinige Durchführungsposition in der Ausbildung der befragten Osteopathen wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zwei Interviewpartner merken an, dass im Rahmen ihrer Ausbildung der „Global Listening Test“ in der Ausgangsstellung Sitz nicht unterrichtet wurde. Die Ausgangsstellung Rückenlage wird in der Literatur in Zusammenhang mit den so genannten „Local Listeners“ oder „lokalen Ecoute Tests“ erwähnt. Im Gegensatz dazu findet sich diese Ausgangsstellung zur Durchführung eines „Global Listeners“ in der Praxis umso häufiger (neun Nennungen) und wird gerne mit der Ausgangsstellung Stand kombiniert. An die Rückenlage werden zwei Anforderungen gestellt: Der Patient soll entspannt liegen und die Beine dürfen nicht überkreuzt sein. Hierzu kann dem Patienten für den Kopf als Lagerungshilfe ein Polster, für die untere Extremität eine Knierolle angeboten werden. Es finden sich von den Interviewpartnern keine Aussagen zu der Position der Arme bzw. der Hände des Patienten. Das könnte vor dem Hintergrund der so genannten Inhibitionstests von Interesse sein, welche in der Osteopathie dazu verwendet werden, Auswirkungen von osteopathischen Dysfunktionen auf den restlichen Körper zu überprüfen (vgl. Liem/Dobler 2002). Die theoretischen Grundlagen wurden dazu in Kapitel 4.2.2 vorgestellt. So könnte es sein, dass ein Patient unbewusst seine Hände so am Körper platziert, dass er die bestehende Dysfunktion selbst inhibiert und somit die negativen Auswirkungen auf den restlichen Körper reduziert. Das kann an dieser Stelle nur als Hypothese formuliert werden, da sich in der Literatur dazu einzig und allein Aussagen zu den so genannten Gewebe - Ecoute Tests und nicht zum „Global Listening“ finden. Bzgl. der Ausgangsstellung und der Arm- bzw. Handhaltung des Osteopathen in der Ausgangsstellung Stand/Sitz, findet sich sowohl in der Literatur als auch in der osteopathischen Praxis, eine große Vielfalt. So kann das „Global Listening“ mit einer oder zwei Händen ausgeführt werden. Des Weiteren werden sowohl in der Literatur als auch von den Interviewpartnern verschiedene Körperstellen zur Kontaktaufnahme genannt. Als einziger gemeinsamer Nenner kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass elf der zwölf befragten Osteopathen immer eine Hand am Kopf platziert haben. Ob die zweite Hand dazu genommen wird oder nicht und wo diese am Körper platziert wird, ist individuell sehr verschieden. Aus der Aufarbeitung der osteopathischen Literatur und aus den Interviews geht nicht hervor, ob die Handhaltung und die Tatsache, ob eine oder zwei Hände verwendet werden, von

Relevanz für die Durchführung des „Global Listenings“ sind. Bei der Durchführung des „Global Listenings“ in der Ausgangsstellung Rückenlage finden sich kaum Unterschiede zwischen den Handhaltungen der befragten Osteopathen und den in der Literatur gemachten Angaben für ein „Local Listening“. Es finden sich unter den Interviewpartnern Handhaltungen an den Füßen, genauer am Rist der Füße, am Becken, am Bauch, am Brustbein, auf den Schultern und am Kopf. Anscheinend kann von jeder Stelle des Körpers aus ein „Listening“ durchgeführt werden, ob es sich dabei immer um ein „Local Listening“ oder ein „Global Listening“ handelt, könnte mit dem Fokus des Osteopathen zusammenhängen. Weiters finden sich Aussagen in der Literatur, welche den Rückschluss zulassen, dass an jeder Stelle des Körpers ein Listening durchgeführt werden kann (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Es scheint dem zu Folge nicht von Bedeutung zu sein, an welcher Stelle der Osteopath den Kontakt zum Patienten herstellt. Da die Armpositionen der befragten Osteopathen individuell sehr unterschiedlich sind, sich in der Literatur unterschiedliche Angaben dazu finden, dürfte diese Tatsache keine Auswirkungen auf das Ergebnis des „Global Listenings“ haben. Von den interviewten Osteopathen wird insbesondere darauf verwiesen, dass die Hand bzw. die Hände, dementsprechend der Arm bzw. die Arme eine entspannte Position einnehmen sollen. Die Position des Therapeuten wird an diese Anforderung angepasst, d.h. der Therapeut wählt seine Position derart zum Patienten, dass eine entspannte Armhaltung möglich ist. Innerhalb des Kapitels „Durchführungsspezifitäten“ fand eine intensive Auseinandersetzung mit dem „spezifischen Handkontakt“ des Osteopathen (Auflagedruck etc.), mit der Zeitdauer, welche für das „Global Listening“ aufgewendet wird und mit dem Durchführungszeitpunkt, innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, statt. Die Hand soll dazu so flach wie möglich und auf keinen Fall mit einem zu großen Druck platziert werden. Des Weiteren soll die Hand auf keinen Fall zu kalt sein, da dies einen Abwehrreflex bei den Geweben auslösen könnte (vgl. Croibier 2006). Es gaben zehn der zwölf Interviewpartner an, mit der palpierenden Hand einen Kontakt zum Patienten herzustellen, welcher einer leichten Berührung entspricht. Das entspricht den in der Literatur gemachten Angaben zum Auflagedruck der Hand, welcher durchschnittlich 20 bis 30 Gramm betragen soll (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006). Bei zwei Interviewpartnern fanden sich Abweichungen zu den oben gemachten Aussagen. Ein Interviewpartner gab an, hin und wieder keinen Kontakt zum Patienten herzustellen und ein anderer Interviewpartner formulierte es so, dass der Druck, welchen seine Hand ausübt, dem des halben

Armgewichts entspricht. Diese beiden konträren Angaben begrenzen die Bandbreite des Auflagedruckes nach oben und nach unten. Bzgl. der Zeitdauer welche für das „Global Listening“ aufgewendet wird, wurden die Aussagen der Interviewpartner in drei Kategorien eingeteilt. So wurden in der ersten Kategorie Aussagen zusammengefasst, welche eins bis fünf Sekunden als Zeitdauer angaben (sieben Nennungen). Die zweite Kategorie umfasst Aussagen mit einer Zeitdauer zwischen fünf bis 20 Sekunden (vier Nennungen) und die dritte Kategorie mit mehreren Minuten (eine Nennung). In der Literatur finden sich Aussagen welche einerseits allgemein gehalten sind (wenige Sekunden) und andererseits genaue Sekundenangaben (ein bis vier Sekunden) aufweisen. Allerdings finden sich keine Angaben über fünf Sekunden und es stellt sich die Frage, vor allem für die dritte Kategorie, inwieweit das „Global Listening“ dann bereits in eine Behandlung übergeht bzw. das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verwischt wird, d.h. zu einer Fehlinterpretation des Testergebnisses führt. Bzgl. des Durchführungszeitpunktes für das „Global Listening“ verweist Croibier (2006) darauf, dass dieser Test nach der Anamnese, vor den Mobilitätstests eingebaut werden soll, da die Mobilitätstests invasiver sind, für kurze Zeit das tiefe Gleichgewicht der Gewebe stören und das Ergebnis aus dem Test verfälschen könnten. Dies deckt sich mit den Aussagen von sechs Interviewpartnern, bei drei Interviewpartnern kann auf Grund der Aussagen kein Rückschluss über den Durchführungszeitpunkt gemacht werden, bei drei weiteren Interviewpartnern kann dezidiert festgehalten werden, dass der „Global Listening Test“ nach den Mobilitätstests durchgeführt wird. Eine einheitliche Vorgehensweise betreffend des Durchführungszeitpunktes besteht innerhalb der befragten Osteopathen nicht, es lässt sich lediglich eine Tendenz ableiten, da 50% der Interviewpartner den „Global Listening Test“ nach der Anamnese und vor den Mobilitätstests in der Ausgangsstellung Stand durchführen.

Insgesamt besteht bzgl. der Durchführung des „Global Listenings“ ein großer individueller Spielraum, welcher sich zum Teil auch in der Literatur wieder spiegelt. Gerade aber im Hinblick auf Reliabilität und Validität von manuellen Diagnoseverfahren, wäre eine Präzisierung wünschenswert. Die Aussagekraft von Messmethoden hängt im Allgemeinen von der Reliabilität (Interrater- und Intrarater-Reliabilität) und Validität ab (siehe Kapitel 4.1 und 4.3.1). Podlesnic (2006) beschäftigte sich in seiner Masterthese mit der Reliabilität des so genannten „Local Listenings“ bzw. „lokalen Ecoute“ und weist darauf hin, dass ein so genanntes Konsenstraining für die Unter-

sucher sinnvoll gewesen wäre. So konnte Degenhardt et al. (2005) in seiner Reliabilitätsstudie zu osteopathischen Palpationstests der Lumbalsegmente nachweisen, dass ein Konsenstraining der Untersucher im Bereich der Palpation zu einer deutlichen Zunahme der Interrater-Reliabilität führte. Des Weiteren verweist Podlesnic (2006) darauf, dass es im Nachhinein betrachtet sinnvoll gewesen wäre, den Testablauf nicht nur zu erklären sondern auch zu supervidieren, die Ebenen, in welche der Untersucher hineinspüren soll, zu definieren und die Durchführungszeit für den eigentlich Test, zwecks Stressreduktion des Untersuchers, zu erhöhen. Obwohl Rittler (2010) in ihrer Masterthese für das „Global Listening“ trotz Konsenstraining keine Verbesserung der Reliabilität erzielen konnte, erscheint es sinnvoll, eine teilweise Standardisierung für das „Global Listening“ anzustreben. Bzgl. der Validität ist für das „Global Listening“ vor allem die Interpretationsobjektivität von Interesse (vgl. Schelten 1997). Im Sinne der Interpretationsobjektivität sollten Fehlerquellen wie z.B. eine zu lange Durchführungszeitdauer, ein nicht definierter Durchführungszeitpunkt etc. möglichst vermieden werden (vgl. Schelten 1997). Es müssen im Hinblick auf die Reliabilität und Validität Faktoren, welche zu Zufallsfehlern und zu Verfälschungen des Testergebnisses führen könnten, reduziert werden. Die Tatsache ob der Therapeut mit einer Hand oder mit zwei Händen den Kontakt zum Patienten herstellt und an welchem Ort dieser hergestellt wird, wie dies aus der Aufarbeitung der osteopathischen Literatur und aus den Interviews hervorgeht, dürfte eine geringere Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, sich im Rahmen der Ausbildung auf eine Präzisierung der Ausgangsstellung des Patienten, auf die Position selbst, d.h. ob das „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand/Sitz oder Rückenlage durchzuführen ist, auf einen einheitlichen Aufgedruck der Hand, auf eine sinnvolle Zeitdauer für die Durchführung des „Global Listening“ und auf einen einheitlichen Durchführungszeitpunkt zu einigen.

## **6.5 Interpretation**

Innerhalb dieser Fragenkategorie geht es darum, herauszufinden in welcher Art und Weise das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ interpretiert wird. Wie weit sich die im osteopathischen Praxisalltag vorhandenen Interpretationsmöglichkeiten mit den in der Literatur gemachten Angaben decken, bzw. ob sich neue Erkenntnisse in den Aussagen der Interviewpartner dazu finden.

## 6.5.1 Interpretation – Aufarbeitung der Interviews

Um die Aussagen mit den in der Literatur gemachten Angaben vergleichen zu können, wird vorerst dieselbe Einteilung wie im Kapitel 4.3.2 vorgenommen. Allerdings geht aus den Interviews hervor, dass es noch weitere Wahrnehmungsqualitäten gibt, welche sich in der Literatur nicht finden. Darauf wird dann im Einzelnen bei der Aufarbeitung der Interviews eingegangen. Insgesamt gab es dazu elf Nennungen unterschiedlicher Ausprägung und Differenziertheit.

### 6.5.1.1 Dysfunktionen im parietalen Bereich

Hierzu gibt es von den befragten Osteopathen fünf Nennungen, welche sich dezidiert auf Dysfunktionen den parietalen Bereich betreffend beziehen. Hinkelthein/Zalpour (2006) formulierten hierfür die Wahrnehmungsqualitäten Extension und Seitneigung. Das findet sich in den Aussagen der Interviewpartner wieder, wobei die Extension mit der Wahrnehmungsqualität nach hinten ziehen, welche von einigen der Interviewpartner wahrgenommen wird, gleichgesetzt werden kann (vgl. „F“, „G“, „H“). „[...] Die zieht nach hinten [...] Wirbelsäule und Füße sind ganz eindeutig. Also wenn das Problem von der unteren Extremität kommt, geht's auch nach hinten“ („F“ 2008/11:3). Von zwei Interviewpartnern wird innerhalb dieser Wahrnehmungsqualität auf Grund der Größe der Bewegungsamplitude versucht, die Höhe der somatischen Dysfunktion zu lokalisieren (vgl. „G“, „K“). „[...] wenn es nach hinten geht, ist es eher strukturell. [...] Dann gibt es auch noch die Amplitude der Bewegung [...]. Wenn es eine kleine Amplitude ist, gibt es eher ein Problem, dass weiter oben ist im Körper und wenn es eine größere Amplitude ist, ist es eher weiter unten“ („G“ 2008/11:7). Osteopath „K“ differenziert noch weiter, [...]. Wenn sich so das Gefühl habe, es zieht so alles über HWS / BWS - Übergang, dann würde ich eher dort suchen und wenn ich so das Gefühl habe, es zieht ihn mit dem Kopf bis zum Becken, dann würde ich jetzt Zwerchfell suchen“ („K“ 2008/11:1). Die Wahrnehmungsqualität Seitneigung wird von Osteopath „K“ angesprochen, d.h. „[...] wenn es ihn eher auf die Seite zieht [...]“ („K“ 2008/11:1), dann denkt er an die Wirbelsäule als Ursache für eine parietale Dysfunktion. Indirekt spricht Osteopath „J“ diese Seitneigungskomponente in der Form an, dass es „[...] sehr viel um Bögen, um die Größe und den Radius dieser Bögen geht“ („J“ 2008/11:7). Die Aussagen der Interviewpartner decken sich mit den von Barral (2005), Barral/Mercier (2005), Croibier (2006), Hinkelthein/Zalpour (2006), Liem (1998) und Ligner (2007) gemachten Angaben zu parietalen Dysfunktionen.

Allerdings werden beiden Wahrnehmungsqualitäten in der Literatur noch anderen Dysfunktionen z.B. Dysfunktionen den viszeralem Bereich betreffend zugeordnet (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Lossing 2002). Es kann auf Grund fehlender Fragestellungen im Interviewleitfaden bzgl. der Wahrnehmungsqualitäten Extension und / oder Seitneigung, in Zusammenhang mit Dysfunktionen den parietalen Bereich betreffend, nicht ausgeschlossen werden, dass es dennoch im osteopathischen Praxisalltag zu einer weiteren Differenzierung kommt.

### **6.5.1.2 Dysfunktionen im viszeralem Bereich**

Hierzu werden von acht Interviewpartnern Wahrnehmungsqualitäten beschrieben, welche auf eine viszerale Dysfunktion schließen lassen. In der Literatur wurden dazu mehrheitlich die Wahrnehmungsqualitäten Flexion, Rotation, stehen bleiben und Seitneigung beschrieben (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Lossing 2002, Prat 2007). Genannte Wahrnehmungsqualitäten finden sich bei vier Interviewpartnern wieder. *„Es erscheint für mich ein Bild, wo ich das Gefühl habe, dort hin geht es. Also für mich ist es so: Ich lege die Hand auf den Kopf und es zieht mich nach vorne, nach unten, nach rechts und dann ergibt sich irgendwie das Gefühl von einer bestimmten Höhe und Körpertiefe auch und von dem ausgehend kriege ich das Bild eines Organsystems“* („L“ 2008/10:7). Für Osteopath „F“ kann das bedeuten, *„[...] wenn das „Global Listening“ nach vor zeigt, [...], dann schaue ich mir die Organe auch sehr genau an [...]. Für Leber nach rechts vorne“* („F“ 2008/11:3). Falls eine reine Flexion als Wahrnehmungsqualität vorliegt, würde Osteopath „K“ *„[...] dann [...] im Bauchbereich, im unteren Bauchbereich suchen, [...] wenn es mich da nach vorn zieht, gehe ich eher davon aus, [...], könnte es irgendwas sein mit einem Organ, vordere Halsfaszie sein [...]“* („K“ 2008/11:1). Ebenso interpretiert Osteopath „B“ seine Wahrnehmung, *„[...] das heißt, wenn ich das Gefühl habe, es zieht den nach vorne hinunter, [...] dann weiß ich, dass ich mir in irgendeiner Form noch einen Test anschauen muss, ob der Viszera“* („B“ 2008/10:6). Zu der von den Interviewpartnern angesprochenen Flexion, welche mit der Wahrnehmung „Zug nach vorne unten“ gleichgesetzt werden kann, werden noch andere Wahrnehmungsqualitäten beschrieben, welche sich so in der Literatur nicht wieder finden (vier Nennungen). *„[...] Das einfachste ist z.B. ein Nierenschock – linke Niere – dann habe ich ein „C“ und dann kann es sein, dass es wirklich die Niere ist [...]. Einfach „C“ heißt, dass der Körper sich wie ein „C“ formt. Niere ist viel punktu-*

*eller. Leber ist viel größer, Niere macht so zu [...]* („H“ 2008/12:2). Als weitere Wahrnehmungsqualität beschreibt Osteopath „I“ folgendes Gefühl: *„[...] ich greife ihm auf die Schulter oder auf den Kopf und merke halt, dass sich eine Spirale zusammen dreht irgendwo und im Nierenbereich offenbar den Ausgang nimmt. Und wenn es z.B. nach links unten zieht, dann schaue ich mir halt die Nieren und Sigma, schaue mir auch die linke Zwerchfellkuppel an, oder den Musculus Quadratus lumborum [...]* („I“ 2008/11:4). Dieses Gefühl, dass sich im Körper wie „eine Spirale“ zusammendreht, kann evt. damit begründet werden, dass zentral liegende Organe, welche sich unterhalb des Diaphragmas befinden, keinen Bewegungsaus Schlag initiieren (vgl. Liem/Dobler 2002). In Zusammenhang mit Viszera beschreibt Osteopath „D“ eine Wahrnehmungsqualität, welche den Schluss auf Flüssigkeitsebenen zulässt (vgl. Kapitel 6.2.3). Für die Leber, welche im Durchschnitt 1,5 Kilogramm wiegt und *„[...] bis zu 1,5 Liter Blut pro Minute aufnehmen kann“* (Barral 2005:79), könnte das Folgendes bedeuten: *„Stau hat für mich immer etwas mit einer [...] Schwere in den Gewebezonen zu tun. Also ein Stau in der Leber ist auch vom „Global Listening einfach anders, wie die Leber dann fokussiert. Also von der Funktion her sitzt sie dann nicht anatomisch sozusagen dort, sondern so eine gestaute Leber im „Global Listening“ spüre ich immer viel weiter unten im Bauchraum [...]. Es ist das funktionelle Fulcrum für die Leber bezogen auf die zirkulatorische Situation einfach zu weit unten für den Menschen, so wie er jetzt steht oder sitzt“* („D“ 2008/10:6). Auf die Frage ob bekannt ist, dass für viszerale Probleme typischerweise eine Rotationskomponente zu spüren ist, wurde wie folgt geantwortet: *„Ja schon, aber das wäre nicht so das Vordergründige. Ich kann es nur so beschreiben: „Wenn ich ein „Global Listening“ mache, dann schreit es Leber! Oder es schreit Sigmoid, oder es schreit linker Eierstock““* („D“ 2008/10:6). Osteopath „C“ beschreibt kein eigenes „Viszeramuster“, d.h. er spricht weder von Flexion noch von Rotation, sondern davon, dass er zu einem Organ, zu einem Organsystem geführt wird, dass er dorthin gezogen wird. *„Bevorzugt sind schon einige Organe. Vielleicht ist das einfach die Lebensweise von uns Menschen, dass einige Organe bevorzugt sind. Mir kommt halt so vor, dass die Leber bevorzugt ist. Es gibt aber auch Leute, wo ich [zur] Niere oder [zum] Beckenboden [geführt werde], oder es eher weiter nach unten zieht [...]* („C“ 2008/10:7). Bei den zuletzt gemachten Aussagen handelt es sich um sehr subjektive Wahrnehmungen, welche für den jeweiligen Osteopathen gelten. Es ist davon auszugehen, dass sich mit zunehmender Berufserfahrung als Osteopath, zusätzlich

zu den gelehrten Referenzsystemen, eigene Referenzsysteme entwickelt haben, welche von vielen Faktoren beeinflusst wurden und noch immer werden. Zu diesen Faktoren gehören persönlich gemachte Erfahrungen im Umgang mit den Patienten ebenso, wie der fachliche Austausch mit Kollegen, osteopathische Weiterbildungen, die Weiterentwicklung des eigenen Horizontes und vieles mehr. *„Alles andere ist ziemlich auf meinem eigenen Mist gewachsen. Aus meinen eigenen Interpretationen entstanden. Und von meinem Kollegen, [...], der die Jim Jealous Kurse früher gemacht hat als ich, [...]“* („H“ 2008/12:8). *„Ja, da habe ich inzwischen halt ein Referenzsystem nach halt, ich weiß nicht wie vielen hunderten / tausenden Menschen[...] und habe bestimmte Eindrücke, was was bedeutet“* („F“ 2008/11:3). Wie aus der Aufarbeitung der Interviews zu erkennen ist, finden sich neben den in der osteopathischen Literatur gemachten Wahrnehmungen zu viszeralen Dysfunktionen (Flexion, Rotation, stehen bleiben und Seitneigung) noch andere Wahrnehmungsqualitäten, welche auf persönlich gemachten Erfahrungen und Referenzsystemen beruhen. Ähnliches findet sich in der einschlägigen Literatur, in welcher für ein und dasselbe Organ unterschiedliche Kombinationen von Wahrnehmungsqualitäten genannt werden, manche davon völlig konträr erscheinen und auf individuelle Referenzsysteme betreffender Autoren hinweisen (vgl. Croibier 2006, Ligner 2007, Prat 2007). Auffallend unter den vier letzt genannten Interviewpartnern war, dass von der Literatur abweichende Wahrnehmungsqualitäten eher von Osteopathen formuliert werden, welche Fortbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie aufweisen. Daraus kann abgeleitet werden, dass beide Ausbildungen einen Einfluss auf die Wahrnehmungsfähigkeit des betreffenden Osteopathen haben. Da es beim „Global Listening“ um das „Zuhören“ geht, um das Wahrnehmen noch so kleinster Bewegungen, Faszienzüge etc., scheinen genannte Zusatzausbildungen die Entwicklung des Tastsinns, dahingehend zu beeinflussen, dass dieser immer differenzierter Informationen wahrnehmen und interpretieren kann (siehe Kapitel 3.3.3 und Kapitel 6.4.5). Allerdings lassen sich diese Wahrnehmungsqualitäten in kein gültiges Interpretationsschema einordnen, weil sie spezifisch für den betreffenden Osteopathen sind.

### **6.5.1.3 Dysfunktionen im kraniosakralen Bereich**

In der Literatur werden die Wahrnehmungsqualitäten „einsinken“, „nach innen gezogen werden“ dem kraniosakralen System zugerechnet (vgl. Croibier 2006,

Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). Unter den zwölf Interviewpartnern findet sich kein Interviewpartner, der die in der Literatur genannten Wahrnehmungen beschreibt. Fünf Interviewpartner formulieren Wahrnehmungsqualitäten, welche dem kraniosakralen System zugeschrieben werden können und für den betreffenden Osteopathen stehen. „[...] *Kraniosakral ist eindeutig, wenn ein Hauptproblem im Kraniosakralen System ist, dann macht das was ganz Eigenes. Entweder das macht so ganz schnell, so Drehungen [...] so schwankig*“ („F“ 2008/11:3). Von zwei Interviewpartnern werden Wahrnehmungsqualitäten angesprochen, welche sich auf Flüssigkeitssysteme des menschlichen Körpers beziehen und unter anderem in Zusammenhang mit dem kraniosakralen System gebracht werden (vgl. Kapitel 6.2.3). „*Also dann schau ich wie ist das Flüssigkeitssystem [...] z.B. der Liquor, wie spürt sich der an. [...] die Schädelmembranen würde ich da auch einordnen*“ („E“ 2008/11:4). Ähnlich formuliert dies Osteopath „D“ indem er die Gewebequalität anspricht. „*Es sind Gewebequalitäten, [...] also was Toxisches ist immer gekoppelt mit einer trockenen Gewebequalität zum Beispiel. Oder es ist gekoppelt mit einer Irritation im Vegetativum dort, oder im Vegetativum im Steuerungsbereich von diesem Gewebe. Ein Hinweis ist immer auch wie der Tonus im Vegetativum dazu ist*“ („D“ 2008/10:6). Die Beurteilung der Tonussituation des autonomen Nervensystems (vegetatives Nervensystem) könnte ebenso, wie die Beurteilung der Gewebequalität z.B. der Schädelmembranen, etc. dem kraniosakralen System zugerechnet werden. Für das zentrale Nervensystem beschreibt Interviewpartner „B“ ein Flimmern als Wahrnehmungsqualität („B“ 2008/10). Als Erklärungsmodell für die Wahrnehmung der Gewebequalität soll an dieser Stelle auf Ergebnisse aus der Faszienforschung zurückgegriffen werden. Scheiterbauer (2010) und Fossum (2003) weisen auf die Fähigkeit des Faszien Systems hin, sich rasch an verändernde Bedingungen anpassen zu können, indem die Bindegewebematrix jederzeit von einem flüssigeren in einen an Wasser ärmeren Zustand wechseln kann (siehe Kapitel 3.3.1). Das könnte als Diskussionsgrundlage für oben beschriebene Wahrnehmungen von Osteopath „D“ und „E“ fungieren. Für Osteopath „H“ sind die „[...] *Listenings [...] der funktionellen Seite zuzuordnen, also der Kraniosakral-Osteopathie*“ („H“ 2008/12:4). Er begründet dies damit, dass „[...] *bei allen anderen Tests [der Therapeut] einen Input gibt*“ („H“ 2008/12:4) und im Gegensatz dazu, beim „Global Listening“ kein Input gegeben wird, sondern der Therapeut die Information zu sich kommen lässt und dieser zuhört. So beurteilt Osteopath „H“ mit Hilfe des „Global Listening“ die Form der Midline und die

Lage der Midline. Inwieweit er diese der kraniosakralen Osteopathie oder eher der biodynamischen Osteopathie zuordnet, geht aus der Aussage nicht hervor (vgl. Kapitel 6.2.5). Für das kraniosakrale System mit seinem Rhythmus, dem so genannten kraniosakralen Rhythmus scheint der Liquor cerebrospinalis und seine Fluktuation, einschließlich der Strukturen, welche für die Produktion der cerebrospinalen Flüssigkeit (Liquor cerebrospinalis) zuständig sind, wesentlich von Bedeutung zu sein (vgl. Liem 1998). Vor diesem Hintergrund kann das Bestreben von Osteopath „E“, mit Hilfe des „Global Listening“ die Qualität des Liquor cerebrospinalis, beurteilen zu wollen, nachvollzogen werden. Das „Global Listening“ wird von den Interviewpartnern im Hinblick auf das kraniosakrale System sowohl in der Ausgangsstellung Stand als auch in der Ausgangsstellung Rückenlage durchgeführt. Hierbei wird von den Interviewpartnern unter anderem der Kontakt zu den Füßen, zu den Unterschenkeln, zum Kopf etc. hergestellt (fünf Nennungen). Die in der Literatur beschriebenen Wahrnehmungsqualitäten des „Einsinkens“, des „nach innen gezogen Werdens“, finden sich in den Aussagen der Interviewpartner nicht, sondern es handelt sich um sehr individuelle Wahrnehmungen, um sehr individuelle Referenzsysteme, welche sich im Laufe der beruflichen Tätigkeit als Osteopath entwickelt haben. Es dürften hierbei ebenso, wie für den viszerale Bereich beschrieben, Zusatzausbildungen im Bereich der Kinderosteopathie und / oder biodynamischen Osteopathie eine Rolle spielen.

#### **6.5.1.4 Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich**

Hierzu fanden sich Aussagen von zwei Interviewpartnern, welche Wahrnehmungsqualitäten den psychoemotionalen Bereich betreffend angesprochen haben. Alle anderen Interviewpartner haben im Interview dazu keine Angaben gemacht. Dies ist umso erstaunlicher, da im Bereich der osteopathischen Befundaufnahme Wert darauf gelegt wird, sich ein Bild über die psychoemotionale Situation des Patienten zu machen (siehe Kapitel 4.3.2.4). Diese hat einen wesentlichen Einfluss auf die Selbstheilungskräfte des Patienten und es wird in der osteopathischen Literatur darauf verwiesen, dass z.B. bei deprimierten Patienten das Faszien-system mit betroffen sein kann (vgl. Paoletti 2001). Da es sich beim „Global Listening“ um einen Test handelt, welcher unter anderem Spannungen im Faszien-system aufspüren helfen soll, könnte dieser Test interessante Informationen zum psychoemotionalen Zustand des Patienten liefern. *„Wenn es ihn eher auf die Seite zieht, dann eher Wirbelsäule*

*und nach hinten eher eine emotionale Geschichte. [...] Also Brustbereich ist eher partnerschaftlich emotional, [...] Becken ist eher Stammproblem, frühkindlich, Kindheit, Eltern. Und je nachdem würde ich auch dort zusätzlich arbeiten“ („K“ 2008/11:1). Ein Interviewpartner spricht von so genannten Schocks, welche ein Patient durch ein Trauma erlitten hat, wobei nicht eindeutig aus der Aussage hervorgeht, ob es sich um einen psychoemotionalen Schock oder um einen traumatischen Schock handelt. Es stellt sich allerdings die Frage, wie weit nach einem schweren Trauma z.B. nach einem Autounfall eine Differenzierung in psychoemotional und traumatisch sinnvoll erscheint. „Also was mir aufgefallen ist, wenn es besonders stark nach hinten zieht, ist es oft, dass Schocks vorhanden sind.[...] Und was noch spannend ist, gerade wenn schwere Schocks da sind, dann ist die Mittellinie einfach nicht mehr im Körper“ („H“ 2008/12:7). In diesem Zusammenhang spricht Osteopath „H“ von einer Patientin mit Drogenmissbrauch und hält fest: „[...] Da ist die Mittellinie aus dem Körper“ („H“ 2008/12:8). Ligner (2006) verweist darauf, dass sich der Ecoute (engl. Listening) dazu eignet psychoemotionale Dysfunktionen aufzuspüren, ohne dazu eine Wahrnehmungsqualität zu beschreiben (siehe Kapitel 4.3.2.4). Paoletti (2001) verweist in Zusammenhang mit psychoemotionalen Dysfunktionen auf die Wahrnehmungsqualität „Umfallen nach rückwärts“ und Prat (2007) auf ein „Umfallen nach vorne“. Ligner (2007) und Prat (2007) beschreiben des Weiteren ein Umfallen nach vorne und hinten in Zusammenhang mit Dysfunktionen, welche den parietalen Bereich betreffen. Die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“ ob nach vorne oder hinten findet sich in den Aussagen der Interviewpartner nicht. Ob ein „starkes nach hinten ziehen“ in weiterer Folge zu einem Umfallen nach hinten führt, wie dies von den beiden Interviewpartnern formuliert wird, kann lediglich als Hypothese in den Raum gestellt werden. Einer der Interviewpartner hat erwähnt, dass in der Ausbildung unterrichtet wurde, dass ein Zug in die Tiefe beim „Global Listening“ ein Hinweis auf die Psyche sei (vgl. „E“ 2008). Hingegen wird in der Literatur darauf verwiesen, dass diese Wahrnehmung auf eine Dysfunktion im kraniosakralen System hinweist (vgl. Croibier 2006, Liem 1998). Inwieweit eine Differenzierung dieser Ebenen möglich und sinnvoll ist, steht vor dem Hintergrund, dass bei psychoemotionalen Belastungen der Mensch immer in seiner Gesamtheit betroffen ist, zur Diskussion, aber diese Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden. Bei den Interviewpartnern finden sich keine Aussagen, welche einen Zusammenhang zwischen Emotionen und Organfunktion erkennen ließen, wie dies Barral (2007) ausführlich in Form einer Zu-*

ordnungsliste darstellt. Upledger (1999) beschreibt ebenso Zusammenhänge zwischen Organen und emotionalen Befindlichkeiten und Gefühlen, welche der Osteopath mit seinen Händen aufspüren und therapieren kann. Inwieweit mit Hilfe des „Global Listening Tests“ oben beschriebene emotionale Befindlichkeiten aufgespürt werden können, geht aus den Ausführungen von Upledger (1999) nicht hervor, jedoch verweisen Barral (2007) und Ligner (2006) darauf, dass sich der „Global Listening Test“ dafür eignet psychoemotionale Dysfunktionen aufzuspüren, ohne diesen Wahrnehmungsqualitäten zuzuordnen. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass die Tatsache, dass sich kaum Aussagen der Interviewpartner zu diesem Thema finden nicht bedeutet, dass genannte Zuordnungen im osteopathischen Praxisalltag nicht bedacht werden, sondern es wurden im Interviewleitfaden keine Fragen zu Organdysfunktionen in Zusammenhang mit Emotionen gestellt. Daher kann keine Aussage getroffen werden, ob nicht auch andere Interviewpartner das „Global Listening“ zum Aufspüren psychoemotionaler Dysfunktionen verwenden.

#### **6.5.1.5 Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitssysteme**

Innerhalb dieses Kapitels werden Aussagen zusammengefasst, welche sich den bisher bearbeiteten Kapiteln nicht zuordnen lassen. So sprachen drei der zwölf Interviewpartner in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ Flüssigkeitssysteme an, vor allem wie sich Flüssigkeiten anfühlen, die sich in Dysfunktion befinden. Wie schon in Kapitel 6.2.3 erwähnt, kann das „Global Listening“ dazu verwendet werden, um zwischen den einzelnen Körperebenen z.B. parietaler Ebene, viszeraler Ebene, kraniosakraler Ebene, hormoneller Ebene etc. zu unterscheiden. Innerhalb dieses Kapitels geht es darum, den Flüssigkeitssystemen Wahrnehmungsqualitäten zuzuordnen bzw. Interpretationsmöglichkeiten dazu aufzuzeigen. *„Das kann auch so eine Einteilung sein: Hormonell, Flüssigkeitsebene, was so ein bisschen ins Biodynamische geht. [...] ich habe eher in den Flüssigkeiten so ein durcheinander“* („B“ 2008/10:4). Osteopath „E“ differenziert sehr genau auf welche Ebene er beim „Global Listening“ seinen Fokus legt, wobei diese Entscheidung von seiner Intuition geleitet werden kann (siehe Kapitel 6.3.1.2). *„Wenn ich das Gefühl habe, da ist nichts und es ist aber trotzdem irgendein Problem, dann gehe ich schon mehr in die Tiefe und in verschiedene Schichten. Also dann schaue ich, wie ist das Flüssigkeitssystem. Also wenn wir jetzt bei den Flüssigkeitssystemen bleiben, [...] wie spürt sich die extrazelluläre Flüssigkeit an, alles was dazwischen sozusagen „herumschwirrt“. [...] bei den*

*Kindern ist viel mehr Arbeit dazwischen notwendig. Eher in den Flüssigkeitssystemen. [...] Man hat nicht so eine Struktur dann plötzlich in der Hand beim „Global Listening“, sonder man hat so einen Bereich, wo vielleicht irgendwelche Stauungen sind. [...] mehr die Flüssigkeitsebene die interessant ist“ („E“ 2008/11:5). Für Osteopath „D“ gibt es relativ präzise Hinweise „[...] in welchem Gewebe es ist, ob es etwas Toxisches ist, ob es sonst irgendetwas Metabolisches ist, ob es etwas mit Zirkulation zu tun hat, Stauungsphänomen. Also das differenziere ich schon. [...] Stau hat [...] immer etwas [...] schlicht und ergreifend [mit] Schwere in dieser Gewebzone zu tun“ („D“ 2008/10:5). Zu den von den Interviewpartnern angesprochenen Flüssigkeitssystemen, in Zusammenhang mit dem „Global Listening“, finden sich in der osteopathischen Literatur keine Angaben. Als theoretisches Erklärungsmodell soll an dieser Stelle einerseits auf Ergebnisse aus der Faszienforschung, andererseits auf Grundannahmen aus der biodynamischen Osteopathie verwiesen werden. So spielt das Faszien-system eine wesentliche Rolle für den Wasserhaushalt des Menschen (siehe Kapitel 3.3.1), da ein ständiger Flüssigkeitsaustausch zwischen Bindegewe-ben, zwischen den Faszien und Gefäßen stattfindet (vgl. Scheiterbauer 2010). Kwakman (2010) verweist auf die komplexe Rolle der Faszien und des Bindegewe-bes für die Funktion des menschlichen Körpers. Eine der Funktionen besteht darin, „[...] als Umhüllung für das Wasser im Körper“ (Kwakman 2010:15) zu dienen. „Das als Fluida bekannte Element dient der Informationsübertragung, dem Wärmeaus-tausch und als Elektrizitätsspeicher etc., [wobei diese Umhüllung] „[...] immer auch Filter und Speicher [ist]. [...] Inhalt und Umhüllung, Wasser und Bindegewebe oder Fluida und Faszien bilden eine Polaritätseinheit, die auch Grundlage für alle rhythmischen Vorgänge im Körper ist“ (Kwakman 2010:15). Darunter können z.B. Oszillatio-nen der Gewebe, der zyklische Umsatz von ATP (Adenosin-triphosphat) in den Mitochondrien, der primäre respiratorische Mechanismus etc. verstanden werden (vgl. Kwakman 2010). Vor diesem Hintergrund kann das Bestreben der Osteopathen mit Hilfe des „Global Listening“ die Flüssigkeitssysteme beurteilen zu wollen, nach-vollzogen werden. Des Weiteren sollen Überlegungen aus der biodynamischen Osteopathie vorgestellt werden, da jene drei Osteopathen welche von Flüssigkeits-systemen sprechen, eine Zusatzausbildung in Kinderosteopathie und / oder body-dynamischer Osteopathie aufweisen. In der biodynamischen Osteopathie wird von vier Zonen gesprochen: Zone A, Zone B, Zone C, Zone D (vgl. Shaver 2010). Shaver (2010) spricht in Zusammenhang mit der Zone A vom „physischen Körper“, mit der*

Zone B vom „Fluidbody“ (Flüssigkeitsfeld), mit der Zone C vom „Raum der Dienstleistung“ und mit der Zone D vom „Ozean“ der uns umgibt. Dabei handelt es sich um ein Gedankenkonstrukt, welches dem biodynamisch tätigen Osteopathen ermöglicht, von verschiedenen Zonen aus seine Behandlung durchzuführen. Bei der Zone B handelt es um jenen Raum, welcher sich über die Zone A hinaus erstreckt und einen eiförmigen Raum um die Zone A bildet (vgl. Shaver 2010). Es geht an dieser Stelle nicht darum, näher die Prinzipien der biodynamischen Osteopathie auszuführen, das würde den Rahmen dieser Masterthese sprengen, sondern ein Erklärungsmodell für die Wahrnehmung von Flüssigkeitssystemen im Rahmen des „Global Listening“ vorzustellen. Der Begriff des „Flüssigkeitsfeldes“ wurde von Sutherland, dem Begründer der kraniosakralen Osteopathie gewählt, da er den Flüssigkeiten eine große Bedeutung zumaß. Wenn die drei befragten Osteopathen von Wahrnehmungsqualitäten sprechen, welche die „Flüssigkeitssysteme“ betreffen, so könnte es sich dabei um Wahrnehmungen innerhalb der Zone B handeln. Hierbei dürfte es sich nicht mehr um ein „Listening“ im klassischen Sinn handeln, bei dem es darum geht Spannungen im Bereich der Faszien aufzuspüren bzw. in den Geweben des Patienten zu lesen (vgl. Paoletti 2001), sondern um ein erweitertes Listening, welches sowohl den physischen Körper als auch den so genannten „Fluidbody“ umfasst. Beide Erkenntnistheorien, einerseits die von Kwakman (2010) und Scheiterbauer (2010) formulierten Überlegungen zur Funktion des Faszien-systems, andererseits die in der biodynamischen Osteopathie verwendeten Theorien zu den verschiedenen Zonen, im speziellen zur Zone „B“, welche dem „Fluidbody“ zugeordnet wird, könnten für die von den drei Interviewpartnern formulierten Wahrnehmungsqualitäten als Erklärungsmodell gedient haben.

### **6.5.2 Zusammenfassung**

Innerhalb dieses Kapitels wurden Aussagen zum Thema Interpretation des „Global Listening“ zusammengefasst. Hierzu ergaben sich fünf Teilkapitel: Dysfunktionen im parietalen Bereich (fünf Nennungen), Dysfunktionen im viszeralen Bereich (acht Nennungen), Dysfunktionen im kraniosakralen Bereich (fünf Nennungen), Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich (zwei Nennungen), Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeitssysteme (drei Nennungen). Bezogen auf Dysfunktionen welche das parietale System betreffen (fünf Nennungen), herrscht so wie in der Literatur beschrieben, einhellig die Meinung, dass die Wahrnehmungsqualität Extension, welche

mit der Wahrnehmung „nach hinten ziehen“ gleichgesetzt werden kann, auf eine Dysfunktion im Bereich der Wirbelsäule hindeutet. Die Wahrnehmungsqualität Seitneigung, welche ebenfalls für Dysfunktionen den parietalen Bereich betreffend steht, wird vor allem bei Dysfunktionen die unteren Extremitäten betreffend wahrgenommen und deckt sich ebenso mit den in der Literatur gemachten Angaben (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem 1998, Ligner 2007). Bei Dysfunktionen welche den viszeralen Bereich betreffen (acht Nennungen), gibt es neben der klassischen Wahrnehmungsqualität Flexion, welche mit der Wahrnehmung nach „vorne ziehen“ gleichgesetzt werden kann, noch die Wahrnehmung Rotation, stehen bleiben und Seitneigung (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Lossing 2002, Prat 2007). Diese Angaben decken sich mit den Aussagen von vier Interviewpartnern, wobei die genannten Kombinationen z.B. Flexion/Rotation und Seitneigung nach rechts etc. ebenso wie in der osteopathischen Literatur individuell verschieden sein können und für betreffenden Osteopathen stehen. Vier Interviewpartner beschreiben gänzlich davon abweichende Wahrnehmungsqualitäten, welche sich nicht in der osteopathischen Literatur finden. Es handelt es sich um individuelle Wahrnehmungsqualitäten wie z.B. „ es dreht sich der Körper wie eine Spirale zusammen“, das betroffene Gewebe „schreit“, oder ein Nierenschock stellt sich wie der Buchstabe „C“ dar etc., welche sich im Laufe der eigenen osteopathischen Tätigkeit entwickelt haben. Es fällt auf, dass es sich um Aussagen von Osteopathen handelt, welche entweder Fortbildungen im Bereich der Kinderosteopathie und / oder biodynamischen Osteopathie aufweisen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese Zusatzausbildungen die Art und Weise des „Listenings“ verändern. Für Dysfunktionen welche den kraniosakralen Bereich betreffen, werden in der Literatur Wahrnehmungsqualitäten wie „einsinken“, „nach innen ziehen“ beschrieben (vgl. vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). Für diesen Bereich decken sich die Aussagen der Interviewpartner nicht mit den in der Literatur dazu gemachten Angaben, d.h. kein Interviewpartner beschreibt Wahrnehmungsqualitäten wie „einsinken“, „in sich zusammen ziehen“ in Zusammenhang mit kraniosakralen Dysfunktionen. Trotzdem finden sich Aussagen von fünf Interviewpartnern, welche dem kraniosakralen System zugeordnet werden können. So werden einerseits Wahrnehmungen beschrieben, welche das Nervensystem betreffen (zwei Nennungen) z.B. flimmern, schwankig etc., oder aber sich auf Flüssigkeitssysteme, im Speziellen auf den Liquor

zerebrospinalis beziehen (zwei Nennungen), bzw. auf die Gewebequalität der Schädelmembranen einen Rückschluss zulassen (eine Nennung). Es handelt sich um subjektive Erfahrungen, Wahrnehmungsqualitäten und Interpretationen, welche für den Einzelnen stehen und keine allgemeine Gültigkeit haben. Bei der Betrachtung der Dysfunktionen im psychoemotionalen Bereich kann ebenfalls festgehalten werden, dass sich die in der Literatur beschriebene Wahrnehmung des „Umfallens“ in den Aussagen der Interviewpartner nur bedingt wieder findet (vgl. Paoletti 2001, Prat 2007). Barral (2007) und Ligner (2006) verweisen darauf, dass der „Global Listening Test“ sich dazu eignet psychoemotionale Dysfunktionen aufzuspüren, ohne diesen jedoch eine eigene Wahrnehmungsqualität zuzuordnen. Unter zwölf Interviewpartnern fanden sich Aussagen von zwei Interviewpartnern, welche dem psychoemotionalen Bereich zugeordnet werden können. Beide Interviewpartner verbinden die Wahrnehmung „stark nach hinten ziehen“, welcher sonst Dysfunktionen den parietalen Bereich betreffend zugeordnet wird, mit emotionalen Problemen, mit „Schocks“. Ob es sich dabei um einen psychoemotionalen Schock oder um einen traumatisch bedingten Schock handelt, geht aus der Aussage des betreffenden Interviewpartners nicht hervor. Des Weiteren kann nicht beantwortet werden, ob ein „starkes nach hinten ziehen“ in weiterer Folge zu einem Umfallen nach hinten führen könnte und damit der von Paoletti (2001) beschriebenen Wahrnehmungsqualität entspräche. Als weitere Interpretationsebene wurden Wahrnehmungsqualitäten zusammengefasst, welche Rückschlüsse auf Flüssigkeitssysteme im menschlichen Körper zulassen. Obwohl es nur eine Nennung dazu im Bereich der viszeralen Dysfunktionen, zwei Nennungen im Bereich der kraniosakralen Dysfunktionen gab, wurde den Flüssigkeitssystemen ein eigenes Kapitel gewidmet, da die Aussagen der Interviewpartner weder dem einen noch dem anderen Dysfunktionsbereich zugeordnet werden konnten (drei Nennungen). So wird mit Hilfe des „Global Listening“ allgemein der Zustand der Flüssigkeiten, der extrazellulären Flüssigkeiten beurteilt und es werden diesen Wahrnehmungsqualitäten wie z.B. „Stau“, „Zirkulation“ etc. zugeordnet. Hierzu wurden einerseits Erkenntnistheorien aus der Faszienforschung (vgl. Kwakman 2010, Scheiterbauer 2010) und andererseits aus der biodynamischen Osteopathie (vgl. Shaver 2010) als Erklärungsmodell herangezogen. Interessant erscheint die Tatsache, dass die Interviewpartner, welche mit Hilfe des „Global Listening“ Flüssigkeitssysteme befunden, Zusatzausbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie aufweisen. Es scheinen genannte Zusatz-

ausbildungen allgemein einen Einfluss auf die Wahrnehmungsfähigkeit der betreffenden Osteopathen zu haben. So könnte die vertiefende Auseinandersetzung mit dem eigenen Tastsinn dazu führen, dass immer differenziertere, subtilere Informationen aus dem Körper wahrgenommen werden können (vgl. Kapitel 3.3.3). Anzumerken an dieser Stelle ist, dass der Themenkomplex Interpretation nicht ausreichend durch Fragen im Interviewleitfaden abgedeckt war. So kann es sein, dass Einzelaussagen, bzw. Aussagen einiger weniger Interviewpartner, keinen Rückschluss auf andere Interviewpartner zulassen, da nicht standardisiert nachgefragt wurde.

Bezugnehmend auf die Interpretationstheorie (vgl. Kapitel 4.3.1), im Speziellen auf die Testobjektivität, mit welcher erfasst werden soll, wie weit ein Testergebnis unabhängig vom Untersucher ist, ist diese für das „Global Listening“ eher als zufällig einzustufen. Besonders deutlich wird dies in Zusammenhang mit der Interpretationsobjektivität, da ein und dieselben Wahrnehmungsqualitäten zu unterschiedlichen Interpretationen und Rückschlüssen führen können. Um die Interpretationsobjektivität zu verbessern wäre es wünschenswert, grundlegende Wahrnehmungsqualitäten bzgl. ihrer Interpretation zu standardisieren und in die Ausbildung zum Osteopathen einfließen zu lassen (vgl. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et al. 2003). Voraussetzung hierfür wäre, dass unter den Vortragenden an der Wiener Schule für Osteopathie ein Konsens bzgl. grundlegender Wahrnehmungsqualitäten und deren Interpretationsmöglichkeiten bestünde. Es geht aus den Interviews hervor, dass einerseits zu wenig Zeit für das „Global Listening“ im Unterricht aufgewendet (vgl. „A“, „C“, „H“) und andererseits unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten gelehrt wurden (vgl. „E“, „C“, „D“, „L“, „J“). Osteopath „L“ formuliert dies treffend mit folgenden Worten: *„Also Schema hat es keine gegeben. Das war eher so, dass man [...] mit dem was man gespürt hat, eher allein geblieben ist und das für sich zu interpretieren hatte“* („L“ 2008/10:8). Insofern äußerten einige Interviewpartner bzgl. der Ausbildung den Wunsch, dass dem „Global Listening“ ein eigener Part gewidmet werden sollte, d.h. dass der Test nicht zufällig innerhalb eines anderen Themas und je nach Jahrgang unterschiedlichem Ausbildungsstand, vorgetragen wird. Des Weiteren wurde von neun Interviewpartnern der Wunsch geäußert, dass im Unterricht für das „Global Listening“ mehr Zeit, vor allem mehr Zeit zum Üben um z.B. verschiedene Handhaltungen und Ausgangsstellungen ausprobieren zu können etc. aufgewendet werden sollte. Ebenso sollte

mehr Hilfestellung durch den Vortragenden und die Assistenten bei der Interpretation des Wahrgenommenen angeboten werden. Zwei Interviewpartner sprechen in diesem Zusammenhang dezidiert die Lehrenden an der Wiener Schule für Osteopathie an. Osteopath „F“ wünscht sich, *„[...] dass die Lehrer sich einmal zusammensetzen und einmal festlegen, welchen Stellenwert [das „Global Listening“] hat, dass man einmal am Anfang den Studenten eine Art zeigt. Die Deutungsmechanismen, wie man es deuten kann, [...] das es wirklich einmal thematisiert wird. Es muss ja nicht jeder gleich machen, sondern dass man sich auf eine Vorgehensweise ein bisschen einigt“* („F“ 2008/11:9). Diesem Wunsch nach Standardisierung bzgl. grundlegender Vorgangsweisen und Interpretationsmöglichkeiten, welche einen positiven Effekt auf die Interpretationsobjektivität hätte, kann sich Osteopath „J“ nur bedingt anschließen. So betont Osteopath „J“ vor allem die Individualität jedes einzelnen, wodurch jeder Befundungsprozess, *„[...] eine individuelle Tat zwischen einem Individuum, das behandelt wird und einem Individuum, das therapiert oder eben befundet [wird]“* („J“ 2008/11:9). Daher wäre es aus der Sicht von Osteopath „J“ wünschenswert, dass diese Subjektivität von den Lehrenden vermittelt wird, d.h. *„[...] dass man sagt, ich spüre das so, für mich interpretiere ich das so und wenn es jemand anders macht, hat das auch seinen Wert. [...] Dadurch würden die Lehrer nicht so allmächtig daher kommen und der Schüler nicht so klein werden neben dem Lehrer“* („J“ 2008/11:9). Was beiden Aussagen zu Grunde liegt ist die Tatsache, dass sowohl innerhalb der Lehrenden als auch mit den Studierenden ein Diskussionsprozess stattfinden und der Befundungsprozess mehr thematisiert werden sollte. Inwieweit das zu einer teilweisen Standardisierung des Befundungsprozesses, im Speziellen für das „Global Listening“ und dessen Interpretationsvariationen führen könnte, kann nicht beantwortet werden. Allerdings fände eine Sensibilisierung statt, welche als wesentliche Voraussetzung für die Bewusstwerdung von Fehlerquellen gesehen werden kann. Insofern könnte dies auf längere Sicht gesehen zu einer Verbesserung der Interpretationsobjektivität, sowie in weiterer Folge der Testobjektivität beitragen.

## **7 Diskussion der Ergebnisse**

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen einerseits bezogen auf die Methodologie und andererseits im Hinblick auf die gewonnenen Erkenntnisse zur Diskussion gestellt werden.

## 7.1 Anmerkungen zur Methodologie und deren Grenzen

Wie schon ausführlich in Kapitel 5.1 begründet, wurde zur Aufarbeitung dieses Themas ein theoriegenerierendes qualitatives Vorgehen gewählt. Da sich aus der Literatur zum Thema „Global Listening“ eine große Vielzahl an Variationen bzgl. Durchführung, Zielsetzung und Interpretation ergeben hat, konnte davon ausgegangen werden, dass sich diese im osteopathischen Praxisalltag widerspiegelt. Folgende forschungsleitende Fragestellung hat sich daraus ergeben: „Wie gestaltet sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme?“. Es war das Ziel dieser Masterthese, die dem einzelnen Osteopathen zu Grunde liegenden Beweggründe, die inneren Annahmen und Theorien zum „Global Listening“ einzufangen und deren Bedeutung für die osteopathische Befundaufnahme aufzuzeigen. Im Speziellen wurde zur Aufarbeitung der Fragestellung das problemzentrierte leitfadengestützte Interview (PZI) gewählt. Hierdurch soll es zu einer möglichst unvoreingenommenen Erfassung individueller Handlungen, subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen kommen (vgl. Witzel 2000). Beim PZI handelt es sich um eine offene halbstrukturierte Befragung, welche es dem Interviewer erlaubt einen Erkenntnisgewinn zu generieren (vgl. Mayring 2002). Dieser halbstrukturierten Befragung liegt ein Interviewleitfaden zu Grunde (siehe Anhang), welcher den „roten Faden“ durch das Interview bildet und es dem Interviewer nicht nur erlaubt eine bestimmte Fragestellung aufzuarbeiten, sondern auch eine relativ gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht (vgl. Mayring 2002). Das PZI bietet sich vor allem dann an, wenn es um eine stark theoriegeleitete Forschung geht. Daher wurde diese Methode zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung für diese Masterthese gewählt. Mögliche Fehlerquellen bei der Erstellung des Interviewleitfadens, der Durchführung der Interviews, der Auswertung der Ergebnisse sollen im Folgenden näher dargestellt und diskutiert werden.

### Interviewleitfaden

Beim PZI handelt es sich um eine offene halbstrukturierte Befragung, welcher ein Interviewleitfaden zu Grunde liegt. Dieser ermöglicht nicht nur eine Orientierung an einer bestimmten Fragestellung, sondern auch eine relativ gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse (vgl. Mayring 2002, Witzel 2000). Innerhalb des

Interviewleitfadens wurden, nach vorhergehender Analyse der Literatur zum Thema „Global Listening“, drei Fragenkomplexe gebildet. Im ersten Teil wurden Einstiegsfragen zum Begriff des „Global Listening“ und zu dessen Bedeutung bzw. Stellenwert innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestellt. Beiden Aspekten wurde ausreichend Raum im Interviewleitfaden eingeräumt und durch die Fragestellungen weitgehend abgedeckt. Zum Stellenwert des „Global Listening“ innerhalb des eigenen Befundungsprozesses ergaben sich insofern interessante Erkenntnisse, dass bei 75% der befragten Osteopathen das Ergebnis aus dem „Global Listening“ den Befundungsprozess nachhaltig beeinflusst (siehe Kapitel 6.3.2). Dem Aspekt der Wertschätzung, der Empathie, mit welcher der Osteopath den Kontakt zu den Geweben herstellen soll (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006 Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010), wurde innerhalb dieses Fragenkomplexes im Interviewleitfaden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es fanden sich dazu keine Fragen, sodass es eher Zufall war, ob die Interviewpartner dazu eine Aussage formulierten oder nicht. Diese Tatsache kann als Manko im Interviewleitfaden gesehen werden. Im Hauptteil fanden sich Fragestellungen zu den Zielsetzungen, welche mit den „Global Listening“ verbunden werden und zur Durchführung. Im letzten Teil fanden sich Fragen zum Thema Ausbildung in Zusammenhang mit dem „Global Listening“, einerseits zur eigenen Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie und andererseits ob aus Sicht der Interviewpartner ein Veränderungsbedarf für die Ausbildung zum Thema „Global Listening“ bestünde. Im Themenkomplex Zielsetzung fanden sich Fragen zur Zielsetzung des „Global Listening“, d.h. welches Ziel bzw. Ziele die befragten Osteopathen mit der Anwendung dieses Tests verfolgen. Im Themenkomplex Durchführung des „Global Listening“ fanden sich Fragen zur Ausgangsstellung des Patienten, zur Ausgangsstellung und Handhaltung des Therapeuten, zum spezifischen Handkontakt des Therapeuten, zur Zeitdauer und zum Durchführungszeitpunkt für das „Global Listening“. Des Weiteren wurden Fragen nach Faktoren für Veränderung bei der Durchführung des „Global Listening“ gestellt. Beide Bereiche wurden ausreichend durch Fragen im Interviewleitfaden abgedeckt. So konnten dazu neue Erkenntnisgewinne generiert werden, d.h. es taten sich zur Durchführung und zur Zielsetzung neue Aspekte auf, welche sich in der dazugehörigen osteopathischen Literatur nicht finden. Zum Thema Interpretation des Testergebnisses wurden Fragen im Bereich der Durchführung gestellt. Im Rahmen der Auswertung der Aussagen der Interviewpartner zu diesem Thema wurde deut-

lich, dass dieser Bereich nicht ausreichend durch Fragen abgedeckt war. Umso erstaunlicher ist, dass sich die Interviewpartner sehr ausführlich dazu äußerten. Allerdings wäre es im Hinblick auf die Auswertung wünschenswert gewesen, wenn sich dazu detaillierte Fragen im Interviewleitfaden gefunden hätten, um den Zufallsaspekt, d.h. ob sich mehr oder weniger zufällig Aussagen zu den einzelnen Interpretationsebenen finden, so gering wie möglich zu halten (siehe Kapitel 6.5). So konnte im Rahmen der Auswertung nicht der Rückschluss gezogen werden, ob Einzelaussagen bzw. Aussagen weniger Interviewpartner auch für andere Interviewpartner gegolten hätten (siehe Kapitel 6.5.2). Die Ursache hierfür dürfte in einer unzureichenden Literaturrecherche vor Erstellung des Interviewleitfadens zu suchen sein. Trotzdem ergaben sich für dieses Themenfeld neue interessante Erkenntnisse, welche in den nachfolgenden Kapiteln zur Diskussion gestellt werden. Zuletzt sei noch angemerkt, dass Interviewpartner mit Zusatzausbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie von der Literatur abweichende Wahrnehmungsqualitäten z.B. zur Midline, zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten, zu Flüssigkeitssystemen etc. samt Interpretationen beschrieben haben. Daher fanden sich trotz vorhergehenden Literaturstudiums keine Fragen im Interviewleitfaden zu genannten Wahrnehmungsqualitäten. Im Nachhinein betrachtet hätte es sich als sinnvoll erwiesen, wenn ein Probeinterview mit einem Osteopathen, welcher oben angeführte Zusatzausbildungen aufweist, durchgeführt worden wäre. Da jedoch keine Vorinformationen zu oben genannten Wahrnehmungsqualitäten bestanden, wurde beim Probeinterview nicht auf die Zusatzausbildungen des Interviewpartners geachtet. Dieser Umstand hätte evt. dadurch noch ausgeglichen werden können, dass die Reihenfolge der Interviews anders gewählt worden wäre, da dann der Interviewleitfaden im laufenden Prozess durch entsprechende Fragestellungen hätte erweitert werden können. Es wurde allerdings der Durchführungszeitpunkt für das PZI an die Wünsche der Interviewpartner angepasst, sodass sich eine rein zufällige Reihenfolge ergab.

#### Auswahl der Interviewpartner / Stichprobe

Im Bereich der qualitativen Forschung steht, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, die Repräsentativität der Stichprobe nicht im Vordergrund. So haben beim verstehenden Interview klassische Kriterien wie Alter, Beruf, Geschlecht etc. nicht die Erklärungskraft wie bei standardisierten Interviews (vgl. Aigner 2009, Kaufmann 1999). Im Gegensatz dazu steht im Bereich der qualitativen Sozialforschung die For-

derung nach inhaltlicher Repräsentativität der Interviewpartner im Vordergrund. Daher wählt der Forscher Teilnehmer aus, welche den zu untersuchenden Gegenstand, in diesem Fall das „Global Listening“, selbst anwenden (vgl. Aigner 2009), da nur so das Wissen über den Untersuchungsgegenstand erweitert werden kann. Die Interviews werden so lange fortgesetzt, bis es zu keinem Neuwert mehr kommt, d.h. bis keine neuen Erkenntnisse mehr aus den Interviews gewonnen werden (vgl. Witt 2001). Vor diesem Hintergrund wurden folgende Auswahlkriterien festgelegt: die Interviewpartner sollten mindestens ein Jahr als Osteopath nach Abschluss der Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie tätig gewesen sein, es sollten im Hinblick auf geschlechterspezifische Unterschiede gleich viele Männer wie Frauen interviewt werden und die Teilnahme am Interview war auf freiwilliger Basis. In Summe wurden zwölf Interviewpartner, welche den genannten Auswahlkriterien entsprachen, zum Thema dieser Masterthese befragt. Sowohl die Einschlusskriterien als auch die Anzahl der Interviewpartner hat sich im Nachhinein betrachtet als sinnvoll erwiesen. Allerdings war es eher zufällig, dass sich unter den Interviewpartnern Osteopathen mit Zusatzausbildung in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie befanden (sieben Osteopathen). Hierfür dürfte der Grund in der Tatsache zu suchen sein, dass der Abschluss der Ausbildung im Schnitt 5,33 Jahre, im längsten Fall elf Jahre zurücklag und vielen therapeutischen Berufen die Intention zu Grunde liegt, sich beruflich weiter zu bilden, fachlich und persönlich weiter zu entwickeln. An und über die Wiener Schule für Osteopathie wurden und werden Ausbildungen zu diesem Zwecke (z.B. biodynamische Osteopathie, etc.) angeboten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass diese Angebote von ausgebildeten Osteopathen angenommen wurden und weiterhin werden. Durch diese Zusammensetzung ergaben sich im Rahmen der Auswertung der Interviews interessante neue Erkenntnisse, was sowohl die Zielsetzungen als auch die Durchführung und die Interpretation des „Global Listening“ betrifft. Allerdings ergab die Aufarbeitung der osteopathischen Literatur keine Hinweise, welche genannte Zusatzausbildungen als Einschlusskriterium gerechtfertigt hätten. Qualitative Verfahren, wozu das PZI und die nachfolgende qualitative Inhaltsanalyse zählen sind sehr aufwendig, sodass *„[...] die Zahl der untersuchten Probanden in der Regel deutlich kleiner als in der quantitativen Forschung [ist]“* (Bortz/Döring 2006:335). Da die Größe der Stichprobe (zwölf Interviewpartner) keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zulässt, könnten die Ergebnisse eine Grundlage für nachfolgende quantitative standardisierte Befragungen sein.

### Interviewleiter

Bei einem qualitativen Ansatz steht im Gegensatz zu einem quantitativen Ansatz die Unabhängigkeit des Forschers, welche durch strenge Standardisierung der äußeren Bedingungen sichergestellt werden soll, nicht im Vordergrund, sondern es wird versucht, im „[...] subjektiven, inneren Erleben der Befragten vergleichbare Situationen zu erzeugen, indem sich Interviewer [...] individuell auf die untersuchten Personen einstellen“ (Bortz/Döring 2006:326). Um dieser Forderung gerecht zu werden ist es notwendig, dass der Interviewer die einzelnen Fragen umformuliert und abändert, um sie dem Gesprächspartner und dem Gesprächsverlauf anzupassen (vgl. Bortz/Döring 2006). Dem liegt die Überlegung zu Grunde, dass unterschiedlichen Gesprächspartnern die Fragestellungen unterschiedlich präsentieren werden müssen, um „[...] zu einem vergleichbaren Verständnis der Fragestellung zu verhelfen“ (Bortz/Döring 2006:326). Daher besteht die Forderung beim PZI die Untersuchungsbedingungen offen und flexibel zu gestalten, sich an die Wortwahl und an den Gesprächsfluss des Interviewpartners anzupassen (vgl. Aigner 2009, Bortz/Döring 2006). Bei Unklarheiten werden einerseits klärende Verständnisfragen, andererseits die Technik der Zurückspiegelung eingesetzt, um dem Interviewpartner die Möglichkeit zu bieten, die eigenen Sichtweisen klar darzulegen bzw. Unterstellungen des Untersuchers zu korrigieren (vgl. Witzel 2000). Um diesen Anforderungen an den Interviewer gerecht zu werden, im gegenwärtigen Fall handelt es sich um den Verfasser dieser Masterthese, erfuhr dieser insofern eine Schulung in der Durchführung des PZI, als im Vorfeld eine intensive Auseinandersetzung mit dem Betreuer über den Interviewleitfaden erfolgte. Des Weiteren wurde dem Beginn der Untersuchungsphase ein Probeinterview geführt, welches einerseits der Präzisierung des Interviewleitfadens und andererseits der Schulung des Interviewers diente. Als hilfreich für die Gesprächführung hat sich die Tatsache erwiesen, dass der Interviewer auf eine mehrjährige Erfahrung als Lehrtherapeut an einer Akademie für Physiotherapie zurückgreifen konnte. Trotzdem soll darauf hingewiesen werden, dass sich zu Beginn der Interviews die Unerfahrenheit des Interviewers im Umgang mit dem PZI derart bemerkbar machte, dass die Gesprächführung zu sehr am Interviewleitfaden orientiert war und sich der erwünschte Gesprächsfluss manchmal nicht ergab. Auf Grund dessen war die Offenheit und Flexibilität des Interviewers zu Beginn der Interviewphase nicht immer ausreichend gegeben. Im Laufe der Durchführung der Interviews (Durchführungszeitraum Oktober und Dezember 2008) nahm die Sicherheit

des Interviewers in der Gesprächsführung zu, sodass sich der Gesprächsfluss sich flüssig gestaltete und die Fragestellungen an den Gesprächsverlauf angepasst werden konnten. D.h. dass auf Grund des Gesprächsverlaufs Fragenkomplexe aus dem Interviewleitfaden vorgezogen bzw. nachgereiht wurden, Fragestellungen an den Interviewpartner angepasst wurden, um den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen. Diese Vorgehensweise erfordert ein hohes Maß an Flexibilität des Interviewers und stellt insofern eine Herausforderung dar, weil am Ende des Interviews keine Fragestellungen aus dem Leitfaden fehlen sollten. Bei der Auswertung der Interviews war festzustellen, dass der Interviewer dieser Anforderung nicht immer gerecht worden war und manchen Fragestellungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt hatte. Um die Validität, welche bei qualitativen Datenerhebungen (z.B. sind die Interviewäußerungen authentisch und ehrlich, hat die Befragungsperson die Äußerungen verändert oder verfälscht etc.), im Gegensatz zur Reliabilität, ein wichtiges Gütekriterium darstellt, sicher zustellen, wurden die Interviews mittels Digital Voice Recorder aufgezeichnet, während des Interviews Verständnisfragen gestellt und die Technik der Rückspiegelung vom Interviewer eingesetzt (vgl. Bortz/Döring 2006). Als Resümee soll festgehalten werden, dass der Interviewer bei den zuletzt geführten Interviews sicherer wirkte, der Gesprächsfluss gegeben war und die Fragestellungen an den Gesprächsverlauf angepasst werden konnten. Da der Interviewer weniger auf den Interviewleitfaden fixiert war, konnte es vorkommen, dass auf manche Fragestellungen aus dem Interviewleitfaden zu wenig eingegangen wurde. Das kann auf die mangelnde Erfahrung des Interviewers, welcher das PZI zum ersten Mal angewendet hat, zurückgeführt werden.

#### Auswertung der Interviews

Im Anschluss an die Transkription der Interviews wurden diese analytisch ausgewertet (siehe Kapitel 5.6). Zur Auswertung der Interviews wurde die Vorgehensweise der Kategorienbildung verwendet. Es handelt sich hierbei um ein deskriptives System, welche das vorhandene Material strukturieren soll (vgl. Mayring 2002). Dazu wurden in einem ersten Schritt übergeordnete Kategorien in Anlehnung an den Interviewleitfaden gebildet. In weiterer Folge wurde die qualitative Inhaltsanalyse zur Aufarbeitung der Transkripte verwendet. Nach der Auswertung von zwei Interviews wurden die vorläufig gebildeten Kategorien überarbeitet bzw. Unterkategorien, d.h. Kategoriensystem, gebildet (vgl. Bortz/Döring 2006). Diesem wurden in einem

nächsten Schritt die entsprechenden Textstellen, man spricht von Kodierung, aus den Transkripten zugeordnet (vgl. Bortz/Döring 2006). *„Die Qualität der Kodierung hängt wesentlich von der Definition der Kategorien ab, d.h., nur wenn die vom Forscher in Form der Kategorien intendierten Konstrukte genau definiert und ggf. durch Ankerbeispiele verdeutlicht sind, können Kodierer nach einer Schulung oder zumindest auf der Basis einer schriftlichen Kodieranweisung das Ausgangsmaterial präzise verarbeiten“* (Bortz/Döring 2006:330). Daher bestand in dieser Phase ein intensiver Kontakt zum Betreuer, welcher an Hand eines Fragenkomplexes des Interviews den Kodierer (Verfasser der Masterthese) in die Methode einschulte. An Hand des Kategoriensystems konnte jedes Interview einzeln analysiert und beschrieben werden. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um ein aufwendiges Verfahren, welches Feinanalysen enthält (Betrachtung kleiner Sinneinheiten) und auf ein differenziertes Kategoriensystem zurückgreift (vgl. Bortz/Döring 2006:332). Dieses Vorgehen ermöglichte dem Interviewer, nach Einschulung durch den Betreuer, eine korrekte Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews in Form der qualitativen Inhaltsanalyse. Die Ergebnisdarstellung erfolge an Hand der gebildeten Kategorien und den diesen zugeordneten Aussagen der Interviewpartner. Als Resümee kann festgehalten werden, dass es sich hierbei um ein sehr aufwendiges Verfahren handelt, welches jedoch einem unerfahrenen Kodierer die Möglichkeit bietet, die Interviews strukturiert und nachvollziehbar auszuwerten.

## **7.2 Literaturgestützte Reflexion der Ergebnisse**

Innerhalb dieses Kapitels sollen einerseits Gemeinsamkeiten zwischen den in der Literatur gemachten Angaben zum „Global Listening“ und den Aussagen der Interviewpartner, andererseits Gegensätze, welche sich im Rahmen der Interviewauswertung, der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben haben, vorgestellt werden. Aus der Sicht des Forschers ist von besonderem Interesse, wie weit die forschungsleitende Fragestellung durch die Anwendung des PZI beantwortet werden und neue Erkenntnisse daraus gewonnen werden konnten.

### **7.2.1 Begriff „Global Listening“**

Vorweg wurden im Interviewleitfaden Verständnisfragen zum Begriff „Global Listening“ und zur Bedeutung innerhalb der eigenen osteopathischen Befundaufnahme gestellt (siehe Kapitel 6.1). Dies sollte für nachfolgende Fragekategorien

einen Grundkonsens über den Begriff, die Bedeutung des Wortes „Global Listening“ gewährleisten. Des Weiteren war von Interesse, welchen Stellenwert die Interviewpartner dem „Global Listening“ innerhalb ihrer eigenen Befundaufnahme beimessen. Bei der Aufarbeitung der Interviews haben sich innerhalb dieses Kapitels für die Kategorie „Begriff“ zwei Unterkapitel ergeben. Eine Unterkategorie befasste sich mit der Bezeichnung, mit dem Wort „Global Listening“, eine weitere Unterkategorie mit der Bedeutung des „Global Listening“.

#### Bezeichnung „Global Listening“

In den Aussagen von zehn Interviewpartnern finden sich die Bezeichnungen „Global Listening“ (sechs Nennungen), „General Listening“ (drei Nennungen) oder „Globaler Ecoute“ (eine Nennung). Zwei Interviewpartner würden lieber eine deutsche Bezeichnung wählen, wobei allen Interviewpartnern oben genannte Bezeichnungen bekannt sind. Dies deckt sich mit den in der Literatur verwendeten Bezeichnungen, sodass ein Grundkonsens hierfür unter den Interviewpartnern besteht. Das lässt sich mit großer Wahrscheinlichkeit darauf zurückführen, dass alle Interviewpartner ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert haben.

#### Bedeutungen des „Global Listening“

Auf Grund der Antworten der Interviewpartner (elf Nennungen) wurden zwei Unterkategorien gebildet, welche sich einerseits mit der diagnostischen Zielsetzung des „Global Listening“ beschäftigten und mit der Überschrift Eindruck / Überblick (sieben Nennungen) bezeichnet wurde und andererseits mit Wahrnehmungsqualitäten, welche die Interviewpartner hierzu beschrieben haben (vier Nennungen). Das „Global Listening“ wird mit dem Ziel durchgeführt, einen ersten Eindruck / Überblick von den Geweben des Patienten, von möglichen Läsionen zu erhalten. Es geht darum feinste Beeinträchtigungen im Bereich der Faszi mit Hilfe der Hände aufzuspüren (vgl. Barral 2005, Burch 2003, Croibier 2006, Paoletti 2001). Im Unterkapitel Wahrnehmungen wurden von den Interviewpartnern Begriffe wie „Spüren“, „Hineinhören“, „Hineinfühlen“ beschrieben. Dabei befindet sich der Therapeut in einem passiven Zustand, im Zustand des Zuhörens (vgl. Paoletti 2001). Die Interviewpartner verweisen darauf wie wichtig es ist, ohne vorgefasste Meinung an die Gewebe heranzutreten. Das deckt sich mit den Aussagen in der dazugehörigen Literatur, wobei in dieser noch speziell auf die Intention, mit welcher der Therapeut den Kontakt zu den Gewe-

ben des Patienten herstellt, verwiesen wird. So soll der Therapeut von guten Absichten geleitet werden, wertschätzend und empathisch den Geweben des Patienten zuhören, um sich selbst die Informationsaufnahme zu erleichtern (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem 1998, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010). Diese innere Haltung wird nur von zwei Interviewpartnern direkt angesprochen, wobei es unzulässig wäre den Rückschluss zu ziehen, dass für alle anderen Interviewpartner diese wertschätzende Haltung nicht von Bedeutung ist. Die Ursache ist hierfür im Interviewleitfaden zu suchen, welcher keine Fragen dazu enthält. Daher wurde auch vom Interviewer nicht explizit nachgefragt, obwohl aus der Literaturrecherche hätte hervorgehen müssen, dass der Art und Weise der Kontaktaufnahme zu den Geweben viel Aufmerksamkeit geschenkt wird.

### **7.2.2 Zielsetzungen des Global Listening**

Innerhalb dieses Kapitels (siehe Kapitel 6.2.) wurden auf Grund der Vielfältigkeit der Aussagen neun Unterkategorien gebildet. Einige dieser Unterkategorien förderten neue Aspekte zu Tage, welche sich so nicht in der osteopathischen Literatur fanden. In einem ersten Schritt sollen die Aspekte vorgestellt werden, welche sich mit den Angaben in der Literatur decken, in einem zweiten Schritt diejenigen welche sich so in der osteopathischen Literatur in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ nicht finden. Dabei handelt es sich um neue Erkenntnisse, welche als Basis für weitere Diskussionen und Studien dienen könnten.

#### Bekannte Zielsetzungen

Dabei handelt es sich um Zielsetzungen welche sich sowohl in der osteopathischen Literatur als auch mehrheitlich in den Aussagen der Interviewpartner finden, wobei von einigen Interviewpartnern Aspekte angesprochen wurden, welche bisher keine Erwähnung in der Literatur fanden. Es handelt sich hierbei um folgende Zielsetzungen: Wahrnehmen faszialer Spannungen (sieben Nennungen), Auffinden von Läsionen/Problemzonen (vier Nennungen), Auffinden von Körperebenen (vier Nennungen), Kontaktaufnahme zu den Geweben (zwei Nennungen), Hilfestellung bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose (fünf Nennungen). Innerhalb des Kapitels „Wahrnehmen faszialer Spannungen“ (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Lossing 2002) wurde neben dem diagnostischen Part des „Global Listening“ von drei Interviewpartnern darauf hinge-

wiesen, dass der „Global Listening Test“ die weitere Befundaufnahme beeinflusst, d.h. das Ergebnis aus dem Test beeinflusst die weitere Vorgehensweise in der Befundaufnahme. Dabei handelt es sich um einen Aspekt, welcher so in der osteopathischen Literatur keine Erwähnung findet und dem speziell im Kapitel 6.3.2 Aufmerksamkeit geschenkt wurde. In der osteopathischen Literatur wird immer wieder darauf verwiesen, dass der „Global Listening Test“ zur Lokalisation von Störzonen, zum Auffinden von Zonen, welche sich in somatischer Dysfunktion befinden, herangezogen wird (vgl. Barral/Croibier 2008, Hinkelthein/Zalpour 2006). Dies deckt sich mit den Aussagen von vier Interviewpartnern, wobei sich innerhalb dieser noch häufig der Begriff der „osteopathischen Läsion“ findet, sodass dieses Kapitel mit der Überschrift „Auffinden von Läsionen/Problemzonen“ bezeichnet wurde. Nach neuerer Definition wurde der Begriff der „osteopathischen Läsion“ (siehe Kapitel 2.2) durch den Begriff „somatische Dysfunktion“ ersetzt. Dass sich der Begriff „somatische Dysfunktion“ in der osteopathischen Praxis noch wenig findet, dürfte damit zusammen hängen, dass Professoren an der Wiener Schule für Osteopathie den Begriff der osteopathischen Läsion in ihrem Unterricht, weiter verwenden. Des Weiteren findet sich der Begriff der „osteopathischen Läsion“ in aktuellerer osteopathischer Literatur, sodass dies ebenfalls zum Erhalt in der osteopathischen Praxis beiträgt (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Innerhalb dieses Kapitels hat sich insofern ein neuer Aspekt ergeben, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Kriterium für den Therapieeinstieg verwendet wird (zwei Nennungen). D.h. ohne vorhergehende Formulierung einer osteopathischen Diagnose wird allein das Ergebnis aus dem „Global Listening“ für die Wahl des therapeutischen Vorgehens herangezogen. Hierzu gibt es einerseits konträre Aussagen in der osteopathischen Literatur (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Mayer-Fally 2007, Paoletti 2001), andererseits in der Aussage eines Interviewpartners, welcher dezidiert darauf hinweist, dass der „Global Listening Test“ nie zur Begründung des therapeutischen Vorgehens herangezogen wird. Gemeinsam ist allen vier Interviewpartnern, dass es sich beim „Global Listening“ um einen Test von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme handelt, mit dessen Hilfe das Auffinden somatischer Dysfunktionen (osteopathischer Läsionen) erleichtert werden soll. Der Hinweis von zwei Interviewpartnern das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“, ohne vorhergehende Formulierung einer osteopathischen Diagnose, für den Therapieeinstieg, für die Wahl des therapeutischen Vorgehens heranzuziehen, sei zur Diskussion gestellt. Im Kapitel „Auffinden

von Körperebenen“ wurde auf jene Aussagen von Interviewpartnern eingegangen (vier Nennungen), welche mit Hilfe des „Global Listening“ versuchen, die Dysfunktion einer bestimmten Körperebene z.B. der parietalen Ebene, der viszeralen Ebene, der kraniosakralen Ebene etc. zuzuordnen. Dies deckt sich mit Angaben in der osteopathischen Literatur (vgl. Barral 2004, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2006, Paoletti 2001) und wurde näher im Kapitel 4.3.2 abgehandelt. Innerhalb dieses Kapitels hat sich insofern ein neuer Aspekt ergeben, dass nicht nur zwischen parietaler, viszeraler, kraniosakraler Ebene und psychoemotionaler Ebene unterschieden wird, sondern der „Global Listening Test“ zum Feststellen von Blockaden im Bereich der Flüssigkeitssysteme und / oder hormonellen Ebene angewendet wird. Barral (2004, 2007) und Upledger (1999) beschäftigten sich intensiv mit den negativen Einflüssen unverarbeiteter Emotionen auf den menschlichen Körper, vor allem deren Zusammenhang mit inneren Organen. So verweisen Barral (2007) und Ligner (2006) darauf, dass mit Hilfe des „Global Listening Test“ psychoemotionale Dysfunktionen aufgefunden werden können. Erklärungsmodelle finden sich hierfür in der Faszienforschung (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003), welche Zusammenhänge zwischen dem Zustand der Faszien und den von den Interviewpartnern genannten Körperebenen (Flüssigkeitsebene und hormonellen Ebene) vermuten lassen. Der Zielsetzung „Kontaktaufnahme zu den Geweben“ wird in der osteopathischen Literatur viel Aufmerksamkeit geschenkt (siehe Kapitel 3.1 und 6.2.4). Hierbei geht es um eine wertschätzende innere Haltung, um einen respektvollen Zugang zu den Geweben, welche die Informationsaufnahme während des Listening für den Therapeuten erleichtert bzw. erst ermöglicht ((vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010). Im Gegensatz dazu äußern sich nur zwei Interviewpartner zu diesem Aspekt, wobei die Ursache im Interviewleitfaden selbst zu suchen sein dürfte, da sich hierzu keine Fragestellungen finden. Wie in Kapitel 7.2.1 abschließend angemerkt, ist der Rückschluss unzulässig, dass für alle anderen Interviewpartner dieser Aspekt nicht von Bedeutung wäre. Zuletzt soll auf jenen Aspekt des „Global Listening“ eingegangen werden, welcher sich mit der Formulierung der osteopathischen Diagnose in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ beschäftigte (siehe Kapitel 6.2.7). Hierzu gaben zwei von fünf Osteopathen an, dass der „Global Listening Test“ als ein Baustein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gesehen wird und somit hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt wird. Beide

Aussagen spiegeln sich in der osteopathischen Literatur wieder. Drei der fünf Interviewpartner sind gegenteiliger Meinung, wovon bei zwei Interviewpartnern das „Global Listening“ die Vorgehensweise im Befundungsprozess beeinflusst, jedoch bei der Erstellung der osteopathischen Diagnose als nicht hilfreich eingestuft wird. Ein Interviewpartner spricht davon, dass er bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose nie auf das „Global Listening“ zurückgreift, sondern diese immer auf den Ergebnissen aus den so genannten Mobilitätstests basiert. Es scheint so, dass den Mobilitätstests ein höherer Stellenwert zugewiesen wird als den so genannten funktionellen Tests, zu denen unter anderem das „Global Listening“ zählt. Das wird damit begründet, dass der „Global Listening Test“ als nicht ausreichend wissenschaftlich eingestuft wird. Diese Aussage kann weder mit Ergebnissen aus Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren (vgl. Gemmill/Miller 2005, Hawk et al. 1999, McConell et al. 1980, Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005), noch mit Aussagen aus der osteopathischen Literatur zum Thema Befundaufnahme begründet werden. So wird zwischen allgemeiner Untersuchung und segmentaler Untersuchung, bzw. zwischen funktionellen Tests, dazu zählen die „Listening Tests“, die Thermodiagnostik, Tests für das kraniosakrale System, die Inspektion, die Palpation etc. und Tests zur Differenzialdiagnose unterschieden (vgl. Croibier 2006, Greenman 2000, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). Es finden sich keine Angaben zum Stellenwert einzelner Tests, zu deren Wissenschaftlichkeit, sondern es wird dezidiert darauf verwiesen, dass sich die speziellen Mobilitätstests und die funktionellen Tests ergänzen (vgl. Croibier 2006).

#### Neue Aspekte im Bereich der Zielsetzungen

Hierunter fallen Zielsetzungen, welche in der Literatur bisher in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ keine Erwähnung fanden. Folgende Aspekte bzgl. der Zielsetzungen des „Global Listening“ wurden genannt: Beurteilung der Midline (eine Nennung), Beurteilung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten (eine Nennung), beide Zielsetzungen wurden im Kapitel Andere Ansätze zusammengefasst, Beurteilung der Befindlichkeit des Patienten (drei Nennungen), Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen (sechs Nennungen), Evaluation (acht Nennungen). Obwohl es sich bei der Beurteilung der Midline (Mittellinie) um eine Einzelnennung handelt, schien es von Interesse diesem Aspekt Aufmerksamkeit zu schenken. Als theoretisches Erklärungsmodell könnten hierfür Gedankenkonstrukte aus der biodynamischen Osteo-

pathie herangezogen werden (siehe Kapitel 6.2.5), welche von Jim Jealous begründet wurde (vgl. Dunshirn 2006). Dunshirn (2006) verweist in ihrer Masterthese darauf, dass die Ecoute Tests besonders geeignet erscheinen, um relativ rasch einen Eindruck von der Midline zu erhalten. Dieser Interviewpartner weist Zusatzausbildungen in Kinderosteopathie und biodynamischer Osteopathie auf, so dass es nicht verwunderlich erscheint, dass er mit Hilfe des „Global Listening“ die Midline zu beurteilen versucht. Als weitere Zielsetzung wurde von einem Interviewpartner das Feststellen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten genannt. So spielt die Ernährung, das Bereitstellen von Nährstoffen für die Energieversorgung und der Erhaltung der Gesundheit an sich in der osteopathischen Befundaufnahme eine nicht unwesentliche Rolle (vgl. Croibier 2006, Heesen 2001, Hinkelthein/Zalpour 2006). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass z.B. Essstörungen, Mangelernährung (z.B. bedingt durch Anorexie), Nahrungsmittel, welche zu einer Übersäuerung des Körpers führen etc., sich negativ auf die Selbstheilungskräfte des Körpers, auf den Zustand des Bindegewebes, der Faszien etc. auswirken können (vgl. Brazzo 2004, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002, Pruimboom/Van Dam 2005, Unger/Viernstein 2009). Da es beim „Global Listening“ darum geht, veränderte fasziale Spannungen aufzuspüren, könnten die beschriebenen Veränderungen im Bindegewebe, in den Faszien als Erklärungsmodell für obige Nennung herangezogen werden (vgl. Pruimboom/Van Dam 2005). Des Weiteren soll auf Ergebnisse aus der Faszienforschung zurückgegriffen werden, innerhalb derer nachgewiesen werden konnte, dass kontraktile Zellen, welche vom autonomen (vegetativen) Nervensystem gesteuert werden, in den Faszien eingelagert sind (siehe Kapitel 3.3.1 und 6.2.6.1). Ob eine Nahrungsmittelunverträglichkeit zu einer Beeinflussung des autonomen (vegetativen) Nervensystems mit nachfolgender Reaktion des Faszienystems einhergeht, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Es handelt sich bei diesem Interviewpartner ebenfalls um einen Osteopathen mit Zusatzausbildung in Kinderosteopathie und biodynamischer Osteopathie. Des Weiteren kann nicht beantwortet werden, ob auch andere Interviewpartner mit gleichen Zusatzausbildungen ihren Fokus während des „Global Listening“ auf die Midline legen, bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit dem „Global Listening“ auszutesten versuchen, da sich hierzu keine Fragestellungen im Interviewleitfaden fanden und sich entsprechende Aussagen zufällig im Interview ergeben haben. Als weiterer neuer Aspekt im Bereich der Zielsetzungen für das „Global Listening“ wurde von drei Interviewpartnern darauf verwiesen, dass sie mit

dem „Global Listening“ eine Diagnoseinstrument in Händen halten, welches es ihnen ermöglicht, während oder nach einer Behandlung das Befinden des Patienten zu beurteilen. Hierunter kann sowohl der allgemeine Gesundheitszustand, als auch das psychische Wohlbefinden des Patienten verstanden werden. Für die Aufarbeitung der Aussagen wurden zwei Faktorebenen eingeführt, welche mit dem Begriff „Therapeut“ und „Intention von außen“ versehen wurden. Bei der Faktorebene „Therapeut“ entscheidet dieser ob und mit welcher Fragestellung er das „Global Listening“ während oder am Ende der Behandlung einsetzt. Im Gegensatz dazu wird bei der Faktorebene „Intention von außen“ der Wunsch nach einer Beurteilung des Befindens des Patienten von außen an den Therapeuten herangetragen (siehe Kapitel 6.2.6.2). Da sich zu dieser Zielsetzung keine Angaben in der osteopathischen Literatur finden, wurde im Interviewleitfaden nicht explizit danach gefragt. Mehrere Nennungen fanden sich zu den nun folgenden Zielsetzungen. So wird von sechs Interviewpartnern das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für die Wahl des therapeutischen Vorgehens heran gezogen (siehe Kapitel 6.2.8). Darunter wird einerseits verstanden auf welchen Körperebenen, an welchem Ort mit der Therapie begonnen werden soll, andererseits welche Behandlungstechniken, bezogen auf den Momentanzustand des Patienten, herangezogen werden sollen. Wobei aus den Aussagen nicht hervor geht, ob das „Global Listening“ immer mit dieser Zielsetzung eingesetzt wird, bei welchen Patienten es den entscheidenden Ausschlag für die Wahl des Therapieeinstieges gibt, bzw. ob das „Global Listening“ am Beginn und / oder während der osteopathischen Behandlung hierfür eingesetzt wird. Es scheint, dass jeder der sechs Interviewpartner einen eigenen Kriterienkatalog besitzt, nach welchem er dann entscheidet wann und bei welchem Patienten er das „Global Listening“ mit dieser Zielsetzung anwendet. Diese Zielsetzung findet keine Resonanz in der osteopathischen Literatur. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Aussagen von drei Interviewpartnern, welche im Gegensatz zu oben gemachter Zielsetzung stehen. So wird das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als ein Puzzlestein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme erlebt, auf Grund dessen keine Entscheidung für die Wahl des therapeutischen Vorgehens abgeleitet wird. Im Rahmen des Interviews wurde nach dem Einsatz des „Global Listening“ als Instrument zur Evaluierung der Behandlung gefragt. Es wird in der osteopathischen Literatur immer wieder darauf verwiesen, wie wichtig es ist das eigene therapeutische Konstrukt zu evaluieren (vgl. Mayer-Fally 2007). D.h. es sollte

jeder verantwortungsbewusste Osteopath sein Handeln, sowohl in Bezug auf die Wirksamkeit der ausgewählten Behandlungstechniken als auch auf das individuelle Befinden des Patienten, evaluieren (vgl. Liem/Dobler 2002). In Zusammenhang mit dem „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument finden sich in der Literatur keine Aussagen, umso erstaunlicher ist es, dass acht der zwölf Interviewpartner das „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument einsetzten (siehe Kapitel 6.2.9). Wie weit das „Global Listening“ regelmäßig oder bei Bedarf als Evaluierungsinstrument eingesetzt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, welche sich aus den Aussagen der Interviewpartner ergeben haben. Es wurden folgende drei Faktorebenen eingeführt: Faktorebene Befund, Faktorebene Patient, Faktorebene Therapeut. Für manche der befragten Interviewpartner spielen mehrere Faktoren in ihrem Entscheidungsprozess für den Einsatz des „Global Listenings“ als Evaluierungsinstrument eine Rolle. Eine wesentliche Voraussetzung in der Faktorebene Befund war die Tatsache, dass der „Global Listening Test“ ein deutliches Ergebnis im Rahmen der Befundaufnahme erbracht haben muss (zwei Nennungen). In der Faktorebene Patient hängt der Einsatz des „Global Listenings“ von den Reaktionen des Patienten am Ende der Behandlung ab (drei Nennungen). In der Faktorebene Therapeut entscheidet dieser auf Grund der von ihm gesetzten Maßnahmen, ob am Ende der Behandlung das „Global Listenings“ zum Zwecke der Evaluierung eingesetzt wird (fünf Nennungen). Es kann in Zusammenhang mit den einzelnen Faktorebenen einerseits von ergebnisorientierter Evaluierung und andererseits von prozessorientierter Evaluierung gesprochen werden. Die ergebnisorientierte Evaluierung wird mit dem Ziel eingesetzt, am Ende der Behandlung zu überprüfen, wie weit es durch die Therapie gelungen ist die behandelte Dysfunktion zu beseitigen. Von prozessorientierter Evaluierung wird dann gesprochen, wenn der Prozess der Behandlung damit bewusst überprüft und gesteuert wird.

Als Resümee kann festgehalten werden, dass sich unter den Aussagen der Interviewpartner einerseits Zielsetzungen finden, welche sich mit den in der osteopathischen Literatur gemachten Angaben decken (fünf Zielsetzungen), sich aber andererseits neue Aspekte für den Bereich Zielsetzungen für das „Global Listening“ ergeben haben (vier Zielsetzungen), welche als Diskussionsgrundlage für zukünftige Studien zum Thema „Global Listening“ herangezogen werden können.

### **7.2.3 Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses**

Hierzu wurden Fragestellungen mit dem Ziel formuliert, herauszufinden welche Bedeutung dem „Global Listening“ allgemein und innerhalb der eigenen Befundaufnahme zukommt. Dabei konnten die Interviewpartner dies entweder auf einer Skala von null bis zehn, oder in Prozent von null bis 100% angeben (sieben Nennungen). Ein Interviewpartner ordnet dem „Global Listening“ im Rahmen seines Befundungsprozesses einen durchschnittlichen Stellenwert von 2,5 zu, zwei Interviewpartner geben diesen mit zehn bis 20 Prozent an. Daraus kann abgeleitet werden, dass der „Global Listening Test“ einer von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme ist. Das deckt sich mit den Aussagen von zwei weiteren Interviewpartnern, wenn diese davon sprechen, dass es sich um einen Teilaspekt, um einen Puzzlestein von vielen, innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme handelt. Die dazu geäußerten Aussagen von fünf Interviewpartnern decken sich mit den in der osteopathischen Literatur gemachten Angaben (vgl. Biberschick 2010, Hinkelthein/Zalpour 2006, Krönke 2006). Ein Interviewpartner lässt das Ergebnis aus dem „Global Listening“ in die osteopathische Diagnose dann einfließen, wenn dieses zu den Ergebnissen aus anderen Tests passt und ein Gesamtbild ergibt. Ein weiterer Interviewpartner führt das „Global Listening“ im Rahmen seiner Befundaufnahme durch, lässt das Ergebnis jedoch nicht in die Formulierung einer osteopathischen Diagnose einfließen. Die Aussage eines Interviewpartners weicht gravierend von den Aussagen der anderen Interviewpartner ab. Dieser wendet das „Global Listening“ nur in der Ausgangsstellung Rückenlage an und er geht soweit, dass unter bestimmten Voraussetzungen, das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als alleiniges Entscheidungskriterium für die Wahl des therapeutischen Vorgehens, ohne vorhergehende Formulierung einer osteopathischen Diagnose, ausschlaggebend ist (siehe Kapitel 6.3.1 und 6.2.8). Betreffender Osteopath begründet die Wahl der Ausgangsstellung Rückenlage damit, dass er einerseits trotz mehrmaliger Versuche kein verwertbares Ergebnis in der Ausgangsstellung Stand/Sitz erhalten hat und andererseits, dass der „Global Listening Test“ während der Ausbildung in der Ausgangsstellung Stand/Sitz nur zwischendurch kurz unterrichtet wurde und der Ablauf selbst chaotisch war. In einem zweiten Schritt wurde ermittelt, ob das „Global Listening“ regelmäßig oder nur fallweise innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme eingesetzt wird. So gaben sechs von zwölf Interviewpartnern an das „Global Listening“ regelmäßig beim Erst-

kontakt einzusetzen und weitere sechs Interviewpartner diesen fallweise einzusetzen. Insofern lässt sich ein hoher Stellenwert für das „Global Listening“ im Rahmen der Befundaufnahme ableiten. Für jene Interviewpartner, welche das „Global Listening“ fallweise innerhalb der Befundaufnahme einsetzen wurde versucht, die dafür entscheidenden Kriterien aus den Aussagen heraus zu filtern. Es wurden zwei Faktorebenen eingeführt, wovon eine mit Therapeutenebene und eine andere mit Patientenebene bezeichnet wurden. Innerhalb der Therapeutenebene ergaben sich aus den Aussagen der Interviewpartner zwei Unterkategorien. So wurde die erste Unterkategorie wie folgt benannt: Komplexe Symptome versus spezifische Symptome (siehe Kapitel 6.3.1.2). Als Resümee lässt sich festhalten, dass die Interviewpartner umso öfter das „Global Listening“ als Überblickstest verwenden, je komplexer sich die Symptome, das Gesamtbild des Patienten präsentiert, hingegen wird dieser Überblickstest eher wegelassen (drei Nennungen), je spezifischer sich die Symptome gestalten. Allerdings birgt diese Vorgehensweise insofern ein Gefahrenmoment in sich, dass dadurch evt. versteckte Läsionsketten, welche z.B. durch Traumata, Operationen, Erkrankungen etc. hervorgerufen wurden, übersehen werden könnten (vgl. Barral 2005, Barral/ Mercier 2005, Helsmoortel et al. 2002, Riedl/Schleupen 2010). So wäre es denkbar, dass entweder der Osteopath vergessen hat nachzufragen, oder der Patient vergessen hat darüber zu berichten. Hierbei könnte ein osteopathischer Überblickstest wie das „Global Listening“ dem Osteopathen die Möglichkeit bieten, versteckte Läsionsketten aufzuspüren und mit dem Patienten darüber zu kommunizieren. Auf diese Tatsachen weisen dezidiert zwei Osteopathen hin, welche genau aus oben genannten Gründen das „Global Listening“ als Überblickstest regelmäßig beim Erstkontakt einsetzen. Bei der Unterkategorie „Intuition“ gab es zwei Nennungen, wobei sich eine interessante Diskussion im Rahmen der Aufarbeitung beider Aussagen in Zusammenhang mit den in der Literatur vorhandenen Aspekten dazu ergab (siehe Kapitel 6.3.1.2). Es werden auf Grund des berechtigten wissenschaftlichen Anspruchs an die Vorgehensweise eines Arztes, eines Osteopathen beginnend bei der Diagnosefindung bis hin zur Auswahl medizinischer / therapeutischer Interventionen, Fähigkeiten wie Empathie, Intuition immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Hierzu liefert die Spiegelneuronenforschung interessante Erkenntnisse, welche für das Zulassen der Intuition im Arzt - Patientenkontakt, Therapeut - Patientenkontakt spricht und der eine nicht unwesentliche Bedeutung bei der Diagnosefindung zugesprochen wird (vgl. Zeuch 2008). Bezogen auf die

empathischen Fähigkeiten eines Arztes / Therapeuten verweist Jung (2006) darauf, dass er diese als Grundvoraussetzung für eine gelungene Arzt - Patienten bzw. Therapeut - Patientenbeziehung sieht, welche sich positiv auf die Compliance des Patienten und in weitere Folge auf das Behandlungsergebnis auswirkt (vgl. Croibier 2006, Jung 2006). Vor diesem Hintergrund scheinen die Erkenntnisse aus der Spiegelneuronenforschung die Vorgehensweise der beiden Interviewpartner zu stützen (vgl. Croibier 2006, Jung 2006, Zeuch 2008). Die Fähigkeit des Osteopathen einem Patienten empathisch zu begegnen, die Situation intuitiv zu erfassen, scheint im osteopathischen Handeln einen höheren Stellenwert einzunehmen, als dies auf den ersten Blick scheint. Bei der Faktorenebene Patient lag nur eine Nennung vor, trotzdem soll sie Erwähnung finden, da in dieser Aussage der Aspekt des „Screenings“ (engl. screen - untersuchen, überprüfen) enthalten ist. Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund tretenden Präventionsmedizin, Vorsorgemedizin, spricht Strasser (2010) vom so genannten „virtuellen“ Patienten, d.h. von einem Menschen welchem suggeriert wird, dass er sich als „noch nicht krank“ und nicht „als gesund“ zu fühlen hat. Das birgt die Gefahr, gesundheitspräventiv niemals genug zu tun und in der ständigen Angst zu leben, durch „Fehlverhalten“ krank zu werden. Es sollen hiermit auf keinen Fall die sinnvollen Aspekte der Vorsorgemedizin, welche der Gesundheitserhaltung dient, in Frage gestellt werden, jedoch dürfen die sich daraus ergebenden negativen Aspekte auf den Einzelnen nicht übersehen werden (vgl. Strasser 2010). In Anbetracht dessen erscheint der Wunsch eines Patienten nach einem osteopathischen Screening, vielleicht sollte man von Klient sprechen, sinnvoll, wobei der Therapeuten – Patientenbeziehung (Klientenbeziehung) ein besonderer Stellenwert zukommt. Diese wird entscheidend dafür sein, ob der Klient sich in Zukunft als „gesund“ oder als „noch nicht krank“ definiert. Der an dieser Stelle begonnene kritische Diskurs soll einer allgemeinen Verängstigung, welche sich in den letzten Jahren in der Präventionsmedizin breit gemacht hat (vgl. Strasser 2010) und auf die Osteopathie übergreifen könnte, entgegenwirken. Innerhalb dieses Kapitels wurde auch danach gefragt, inwieweit das Ergebnis aus dem „Global Listening“ die weitere Vorgehensweise innerhalb des eigenen Befundungsprozesses beeinflusst. Als Ergebnis kann folgendes festgehalten werden: Bei acht Interviewpartnern (66,7%) beeinflusst das Ergebnis aus dem „Global Listening“ die weitere Vorgehensweise innerhalb der Befundaufnahme. D.h. das Ergebnis aus diesem Test verändert den Ablauf des Befundungsprozesses

derart, dass speziell darauf abgestimmte weitere Tests durchgeführt werden, noch einmal genauer dazu nachgefragt wird, darüber reflektiert wird, ob z.B. Fragen innerhalb der Anamnese vergessen wurden.

Als Resümee kann festgehalten werden, dass dem „Global Listening“ ein hoher Stellenwert innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zukommt, da alle zwölf Interviewpartner das „Global Listening“ im Rahmen ihres Befundungsprozesses in unterschiedlichen Ausgangsstellungen einsetzen. Nur ein Interviewpartner verwendet das Ergebnis aus dem „Global Listening“ nicht zur Formulierung einer osteopathischen Diagnose, obwohl er diesen Test unter bestimmten Voraussetzungen einsetzt. Hingegen verwenden sechs der befragten Osteopathen (50%) das „Global Listening“ regelmäßig beim Erstkontakt, lassen dessen Ergebnis in die weitere Befundaufnahme einfließen, weitere sechs Interviewpartner (50%) verwenden den Test unregelmäßig, d.h. unter bestimmten Voraussetzungen und bei fünf davon stellt er einen Baustein innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme dar. Insgesamt beeinflusst das Ergebnis aus dem „Global Listening“ bei acht Interviewpartnern (66,7%) die weitere Vorgehensweise innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme. Dieser hohe Stellenwert entspricht den Ergebnissen aus den Masterthesen von Krönke (2006) und Biberschick (2010), welche sich mit der osteopathischen Befundaufnahme beschäftigten und herausfanden, dass der Global Listening Test“ zu den fünf wichtigsten Befundungsinstrumenten zählt und an zweiter Stelle rangiert.

#### **7.2.4 Durchführung**

Im Rahmen dieses Kapitels, welches einen zentralen Platz innerhalb dieser Masterthese einnimmt, wurde auf folgende Durchführungsspezifitäten eingegangen: Ausgangsstellung des Patienten, Ausgangsstellung und Handhaltung des Therapeuten, spezifischer Handkontakt des Therapeuten (Auflagedruck der Hand), Zeitdauer für „Global Listening“, Durchführungszeitpunkt, Ursachen für Veränderungen

##### Ausgangsstellung Patient

Es finden sich zur Durchführung des „Global Listening“ unter den Interviewpartnern einerseits die Ausgangsstellungen Stand, Sitz und Rückenlage als Einzelpositionen und andererseits Kombinationen dieser Ausgangsstellungen. Hierfür werden innerhalb der Interviewpartner die unterschiedlichsten Beweggründe angeführt, welche für die Durchführung des „Global Listening“ in der Position Stand und /oder Sitz, für die

Position Rückenlage als alleinige Position, oder für die Kombination Stand und Rückenlage sprechen (siehe Kapitel 6.4.1). In der Ausgangsstellung Stand führen elf Interviewpartner ein „Global Listening“ durch, die Ausgangsstellung Sitz wird von keinem Interviewpartner als alleinige Durchführungsposition gewählt, außer wenn im Stand darauf vergessen wurde (eine Nennung) oder Gleichgewichtsprobleme vorliegen (zwei Nennungen), ein Interviewpartner wählt immer die Kombination Stand/Sitz beim Erstkontakt, vier weitere Interviewpartner wählen diese Kombination nur unter bestimmten Voraussetzungen. Im Gegensatz dazu verwenden vier Interviewpartner nie die Position Sitz für den „Global Listening Test“. Erstaunlicherweise verwenden neun Interviewpartner die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening“, wobei häufig die Kombination Stand/Rückenlage genannt wird. Erstaunlich deswegen, da diese Ausgangsstellung in der osteopathischen Literatur, mit Ausnahme von Paoletti (2001), nur zur Durchführung von so genannten „Local Listenings“, „segmentalen Ecoute Tests“ angewendet wird. Ein Interviewpartner wählt als alleinige Position zur Durchführung des Tests die Ausgangsstellung Rückenlage, da er weder im Stand noch im Sitz ein verwertbares Ergebnis erhalten hat. Die Kombination Sitz/Rückenlage findet sich nur in Ausnahmefällen, nämlich dann, wenn der Patient Probleme mit dem Gleichgewicht in der Ausgangsstellung Stand hat, oder im Stehen darauf vergessen wurde. Aus dieser Auflistung geht hervor, dass es keine einheitliche Vorgehensweise in der Auswahl der Ausgangsstellung für das „Global Listening“ gibt, wobei elf von zwölf Interviewpartnern die Ausgangsstellung Stand als häufigste Position zur Durchführung des Tests anwenden. An zweiter Stelle rangiert die Ausgangsstellung Rückenlage zur Durchführung eines „Global Listenings“, was im Gegensatz zu den Angaben in der osteopathischen Literatur steht (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006). Ein Interviewpartner spricht, im Gegensatz zu den anderen Interviewpartnern, in der Ausgangsstellung Sitz von einem „Local Listening“ und in der Ausgangsstellung Rückenlage von einem „Global Listening“. Das deckt sich weder mit den Aussagen der Interviewpartner, welche ein „Global Listening“ im Sitz durchführen, noch mit den Angaben in der osteopathischen Literatur. Ob nun die Wahl für die Durchführung des „Global Listening“ auf die Ausgangsstellung Stand, oder auf die Ausgangsstellung Rückenlage fällt, wird sowohl in der Literatur als auch innerhalb der Interviewpartner konträr diskutiert. Die Ausgangsstellung Stand sollte deswegen gewählt werden, da der Körper des Patienten in Rückenlage an zu vielen Körperstellen abgestützt ist und

zudem der Einfluss der Schwerkraft wegfällt (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2007). Anders gesagt, es wird die Ausgangsstellung Stand deswegen gewählt, weil eine labile Gleichgewichtslage vorherrscht. Des Weiteren erweist sich die Durchführung des „Global Listening“ in der Ausgangsstellung Stand im Hinblick auf den Durchführungszeitpunkt als sinnvoll, da der Test nach der Anamnese, noch vor den Mobilitätstest durchgeführt werden soll. Zwei Interviewpartner argumentieren genau diametral entgegengesetzt, d.h. sie vermeiden die Ausgangsstellung Stand mit der Begründung, dass der Einfluss der Schwerkraft das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ verfälschen könnte und die Gleichgewichtslage zu labil ist. Es finden sich keine allgemein gültigen Begründungen für die eine oder die andere Ausgangsstellung (siehe Kapitel 6.4.1). An zweiter Stelle rangiert die Kombination Stand/Rückenlage zur Durchführung des „Global Listening Tests“. Zu dieser Kombination findet sich in der osteopathischen Literatur kein Hinweis, da in der Ausgangsstellung Rückenlage so genannte „Local Listenings“, respektive „segmentale Ecoute Tests“ beschrieben werden. Die bereits angesprochenen unterschiedlichen Begriffsbezeichnungen führen nicht nur innerhalb der Literatur zu Verwirrung, sondern auch innerhalb der Osteopathengemeinschaft, sodass es sinnvoll erscheint innerhalb dieser eine Begriffsklärung anzustreben. In weiterer Folge könnten sich daraus interessante Erkenntnisse für den Unterricht des „Global Listenings“ als Befundungsinstrument im Rahmen der Osteopathieausbildung ergeben.

Des Weiteren soll in den einzelnen Ausgangsstellungen auf die Körperhaltung des Patienten eingegangen werden. Für die Ausgangsstellung Stand konnten als Gemeinsamkeiten die Blickrichtung, die Standspurbreite, welche einen gewissen Spielraum aufweist und das Schließen der Augen während der Durchführungsphase herausgefunden werden. Allen gemeinsam ist die Tatsache, dass der Patient den Blick nach vorne gerichtet haben soll (elf Nennungen). Dieses Kriterium deckt sich mit den Angaben in der osteopathischen Literatur. Aus den Aussagen der Interviewpartner geht hervor, dass die Standspurbreite zwischen hüftgelenksbreit und hüftbreit bzw. beckenbreit liegen kann (neun Nennungen). Zwei Interviewpartner nehmen keinen Einfluss auf die Standspurbreite des Patienten, sodass diese entweder darüber oder darunter liegen kann. Ein Interviewpartner gibt dem Patienten präzise Anweisungen und formuliert dies so, dass zwischen den Knöcheln zwei Zentimeter Platz sein soll (vgl. „C“ 2008/10). Hierzu einige interessante Anregungen aus dem

Bereich der Bewegungslehre. Die Standspurbreite ist verantwortlich für die Größe der Unterstützungsfläche, innerhalb derer der Körperschwerpunkt ständig ausbalanciert werden muss. Dieses Ausbalancieren wird durch minimale Gleichgewichtsreaktionen gewährleistet. Wenn die Augen geschlossen werden, nimmt die Schwankungsbreite des Körperschwerpunktes innerhalb der Unterstützungsfläche zu und die dazu notwendigen Gleichgewichtsreaktionen werden sichtbar (vgl. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000, Schünke et al. 2005). In der osteopathischen Literatur wird explizit darauf verwiesen, dass der Patient die Augen während des „Global Listening“ schließen soll (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paloletti 2001, Prat 2007). Diese Vorgehensweise trifft auf acht von elf Interviewpartnern zu, welche den Patienten in der Durchführungsphase des „Global Listening“ ebenfalls die Augen schließen lassen, wo hingegen bei drei Interviewpartnern der Patient die Augen offen lassen kann. Vor diesem Hintergrund ist es umso erstaunlicher, dass sich in der osteopathischen Literatur keine Aussagen zu den Themen Unterstützungsfläche, Gleichgewichtsreaktionen in Zusammenhang mit dem Faktum, dass beim „Global Listening“ die Augen geschlossen sind, finden und nur drei von elf Interviewpartnern auf die Gleichgewichtsproblematik zu sprechen kommen. Da es beim „Global Listening“ darauf ankommt, auch kleinste fasziale Spannungsänderungen und Bewegungsausschläge wahrzunehmen, sollte mit dem Wissen um Gleichgewichtsreaktionen in der Ausgangsstellung Stand mit geschlossenen Augen, bewusst umgegangen werden, um Fehlerquellen bei der Interpretation des „Global Listening“ so gering wie möglich zu halten (siehe Kapitel 4.2.2). Für die Ausgangsstellung Sitz findet sich sowohl in der osteopathischen Literatur als auch unter den Interviewpartnern als einzige Anforderung, dass die Unterschenkel des Patienten frei hängen sollen. Der Beschreibung der Rückenlage wird in der osteopathischen Literatur wenig Aufmerksamkeit geschenkt, sodass sich einzig und allein die Forderung findet, dass der Patient entspannt liegen soll. Dies deckt sich mit den Aussagen von neun Interviewpartnern. Auf Grund der Handhaltungen der Interviewpartner kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die Beine nicht überkreuzt hat. Zur Position der Arme / Hände des Patienten finden sich weder in der osteopathischen Literatur, noch in den Aussagen der Interviewpartner Angaben. Als interessantem Aspekt wurde hierbei auf die so genannten Inhibitionstests (siehe Kapitel 6.4.1) zurückgegriffen, welche es dem Osteopathen ermöglichen, die Ursache für eine somatische Dysfunktion einzugrenzen (vgl. Barral 2005, Croibier 2006,

Liem/Dobler 2002). Vor diesem Hintergrund kommt der Position der Arme / Hände des Patienten in der Ausgangsstellung Rückenlage bei der Durchführung des „Global Listening“ eine neue Bedeutung zu. So könnte es sein, dass der Patient unbewusst seine Arme/Hände so platziert, dass er eine Eigeninhibition durchführt. Diese Überlegung könnte eine interessante Diskussionsgrundlage für nachfolgende Untersuchungen darstellen.

#### Ausgangsstellung und Handhaltung Therapeut

Für die Ausgangsstellung Stand/Sitz findet sich bzgl. der Handhaltung des Osteopathen sowohl in der Literatur als auch innerhalb der Interviewpartner eine große Vielfalt (siehe Kapitel 6.4.3.1). Der „Global Listening Test“ kann mit einer Hand oder mit zwei Händen ausgeführt werden und der Kontakt kann an unterschiedlichen Körperstellen erfolgen. Als kleinster gemeinsamer Nenner kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich bei allen elf Interviewpartnern (ein Interviewpartner verwendet die Ausgangsstellung Stand/Sitz nicht) eine Hand am Kopf des Patienten befindet. Ob die zweite Hand hinzugenommen wird und wo diese platziert wird, ist individuell sehr verschieden. Es besteht von den Interviewpartnern die Forderung dass die eigene Armhaltung, Körperhaltung während der Durchführung des „Global Listening Tests“ entspannt sein soll. Die Position des Therapeuten wird an diese Anforderung angepasst. Für die Ausgangsstellung Rückenlage gilt Ähnliches, d.h. es finden sich unter den Interviewpartnern Handhaltungen an den Füßen, auf den Unterschenkeln, am Bauch, am Brustbein, auf den Schultern und am Kopf (neun Nennungen). Diese decken sich mit den in der Literatur gemachten Angaben zu verschiedenen „Local Listening“, „segmentalen Ecoute Tests“, „globalen Ecoute Tests“ bzw. zum „globalen kranialen Ecoute“ (vgl. Barral/Croibier 2008). Einzig und allein Paoletti (2001) beschreibt neben segmentalen „Ecoute Tests“ auch „globale Ecoute Tests“ für den Schultergürtel, für die oberen und unteren Extremitäten in der Ausgangsstellung Rückenlage. Weiters finden sich Aussagen in der Literatur, die den Rückschluss zulassen, dass an jeder Stelle des Körpers ein Listening durchgeführt werden kann (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Es scheint demzufolge nicht von Bedeutung zu sein, an welcher Körperstelle der Osteopath den Kontakt zum Patienten herstellt und ob dieser dazu eine Hand oder zwei Hände verwendet.

### Durchführungsspezifitäten

Hierunter fallen der spezifische Handkontakt (Auflagedruck der Hand, etc.), die Zeitdauer und der Zeitpunkt für die Durchführung des „Global Listening“. Die Hand soll hierzu flach und mit einem Auflagedruck von 20 bis 30 Gramm am Patienten platziert werden (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006). Diese Angaben decken sich mit den Aussagen von zehn Interviewpartnern, welche darauf hinwiesen, dass sie mit der Hand bzw. den Händen eine leichte Berührung, einen leichten Kontakt zum Patienten herstellen. Die Aussagen von zwei Interviewpartnern weichen in der Art ab, dass ein Interviewpartner angab, hin und wieder keinen Kontakt zum Patienten zu haben und ein anderer Interviewpartner aussagte, dass er einen Druck, welche dem halben Armgewicht entspricht, ausübt. Beide Aussagen sind nicht repräsentativ und es wird daher nicht näher darauf eingegangen. Bezogen auf die Zeitdauer, welche für das eigentliche Listening aufgewendet wird, wurden drei Kategorien gebildet. In der ersten Kategorie wurden Aussagen zusammengefasst, welche von ein bis fünf Sekunden reichen (sieben Nennungen), in der zweiten Kategorie Aussagen von fünf bis 20 Sekunden (vier Nennungen) und in der dritten Kategorie fand sich ein Interviewpartner, welcher mehrere Minuten dafür verwendet. In der Literatur finden sich entweder genaue Angaben von ein bis vier Sekunden, oder Angaben von wenigen Sekunden, welche einen Interpretationsspielraum zulassen. Für die dritte Kategorie (eine Nennung) stellt sich die Frage, ob hier das „Global Listening“ nicht in eine Behandlung übergeht, bzw. das Ergebnis aus dem Test verwischt wird und zu Fehlinterpretationen führt. Die Angaben in Kategorie eins und zwei decken sich mehrheitlich mit den Zeitangaben in der Literatur (elf Nennungen). Für den Zeitpunkt der Durchführung wird von Croibier (2006) dezidiert darauf hingewiesen, dass der „Global Listening Test“ vor den Mobilitätstest eingebaut werden soll, da diese das tiefe Gleichgewicht der Gewebe kurz stören. Das deckt sich mit den Aussagen von sechs Interviewpartnern, bei drei Interviewpartnern kann auf Grund der Angaben in den Interviews kein Rückschluss auf den Durchführungszeitpunkt gezogen werden und bei weiteren drei Interviewpartnern kann davon ausgegangen werden, dass sie das „Global Listening“ nach den Mobilitätstest durchführen. Nachträglich betrachtet wäre es sinnvoll gewesen im Interview nachzufragen, ob im Unterricht der Durchführungszeitpunkt thematisiert wurde, bzw. ob den Interviewpartnern der Einfluss der Mobilitätstests, wenn diese direkt vor dem „Global Listening“ durchgeführt werden, bewusst ist. Eine einheitliche Vorgehensweise bzgl. des Durchführungszeitpunktes besteht innerhalb der

Interviewpartner nicht, es kann lediglich eine Tendenz abgeleitet werden, da 50% der Interviewpartner das „Global Listening“ nach der Anamnese und vor der Durchführung von Mobilitätstests, anwenden. Zuallerletzt wurden die Interviewpartner dazu befragt, wie weit sich die Vorgehensweise für das „Global Listening“ im Laufe der Zeit verändert hat, d.h. seit Beendigung ihrer Ausbildung verändert hat, bzw. wodurch diese Veränderung beeinflusst wurde. Croibier (2006) und Paoletti (2001) verweisen darauf, dass es Jahre an Erfahrung braucht um immer feinere Informationen aus dem Körper des Patienten wahrnehmen und interpretieren zu können. Das deckt sich mit den Aussagen von acht Interviewpartnern, welche einerseits darauf hinweisen, dass die eigenen Erfahrungen (fünf Nennungen) und andererseits Zusatzausbildungen, wie Kinderosteopathie und / oder biodynamische Osteopathie (drei Nennungen) die Durchführung und die Wahrnehmungsfähigkeit verändert haben. Ein Interviewpartner gab an, dass sich nichts verändert habe. Es wäre von Interesse das Ergebnis der Masterthese von Rittler (2010), welche eine Reliabilitätsstudie zum „Global Listening“ durchführte, vor diesem Hintergrund zu diskutieren, da die Untersucher in der Studie zum Zeitpunkt der Testung ein halbes Jahr Berufserfahrung nach Abschluss ihrer Osteopathieausbildung aufwiesen (siehe Kapitel 4.1).

Insgesamt besteht bzgl. der Durchführung des „Global Listening“ ein großer individueller Spielraum, welcher sich zum Teil in der Literatur wieder spiegelt. Gerade im Hinblick auf die Reliabilität und Testobjektivität (vgl. Schelten 1997), wäre es wünschenswert, wenn es zu einer Präzisierung hinsichtlich der Ausgangsstellung des Patienten, des spezifischen Handkontaktes des Therapeuten, der Zeitdauer und des Durchführungszeitpunktes käme. Hingegen dürfte es von geringer Bedeutung sein, ob der Therapeut mit einer oder zwei Händen, bzw. an welcher Körperstelle er den Kontakt zum Patienten herstellt. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll eine teilweise Standardisierung für das „Global Listening“ anzustreben und diese bereits in der Ausbildung zu vermitteln. Da es Jahre an Erfahrung braucht, um noch so feinste Informationen aus dem Körper wahrnehmen und interpretieren zu können, wäre es wünschenswert, das „Global Listening“ von Beginn an in die Ausbildung zu integrieren.

### **7.2.5 Interpretation**

Um die Aussagen der Interviewpartner mit den in der osteopathischen Literatur gemachten Angaben vergleichen bzw. diesen gegenüberstellen zu können, wurde für

die verschiedenen Dysfunktionsbereiche die gleiche Differenzierung wie im theoretischen Teil vorgenommen (vgl. Kapitel 4.3.2). Es fanden sich einerseits von den Interviewpartnern formulierte Interpretationen zu bekannten Dysfunktionsbereichen, wie dem parietalen Bereich (fünf Nennungen), dem viszeralen Bereich (acht Nennungen), dem kraniosakralen Bereich (fünf Nennungen), dem psychoemotionalen Bereich (zwei Nennungen) und andererseits drei Nennungen, welche einem neuen Dysfunktionsbereich zugeordnet und „Dysfunktionen in Flüssigkeitssystemen“ genannte wurden. Für Dysfunktionen im parietalen Bereich werden in der Literatur Wahrnehmungsqualitäten wie Extension und/ oder Seitneigung beschrieben (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem 1998, Ligner 2007, Prat 2007). Diese decken sich mit den Angaben von fünf Interviewpartnern, wovon zwei Interviewpartner, auf Grund der Größe des wahrzunehmenden Bewegungsausschlages, die Dysfunktionshöhe zu bestimmen versuchen (siehe Kapitel 6.5.1.1). Je größer der Bewegungsausschlag, die Amplitude des Bewegungsausschlages ist, desto weiter kaudal und je kleiner der Bewegungsausschlag ist, desto kranialer liegt das Problem. Diese Differenzierung bzgl. der Dysfunktionshöhe findet sich ebenso bei Barral (2005), Barral/Mercier (2005), Ligner (2007), Croibier (2006). Lossing (2002) verweist darauf, dass eine Seitneigung nicht nur auf eine Dysfunktion den parietalen Bereich betreffend, sondern auch auf eine Dysfunktion den viszeralen Bereich betreffend hinweisen könnte. Dazu finden sich keine Angaben in den Aussagen der Interviewpartner. In einem nächsten Schritt wurden Aussagen zusammengefasst, welche auf Dysfunktionen den viszeralen Bereich betreffend hinweisen (acht Nennungen). In der Literatur werden hierzu folgende Wahrnehmungsqualitäten beschrieben: Flexion, Rotation, stehen bleiben und Seitneigung (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Prat 2007). Die hier genannten Wahrnehmungsqualitäten decken sich mit den Aussagen von vier Interviewpartnern, wobei die Wahrnehmung nach vorne unten ziehen, welche die Interviewpartner beschreiben, mit der in der Literatur beschriebenen Flexion gleichgesetzt werden kann. Von einem der vier Interviewpartner wird zusätzlich erwähnt, dass er während der Durchführung des „Global Listening“ ein „Bild“ vom betroffenen Organ-system erhält (siehe Kapitel 6.5.1.2). Vier Interviewpartner beschreiben von der Literatur vollkommen abweichende Wahrnehmungsqualitäten, welche sie auf Dysfunktionen die Viszera betreffend rückschließen lassen. So spricht ein Interviewpartner in Zusammenhang mit einem Nierenschock davon, dass der Körper sich wie der Buch-

stabe „C“ formt, ein anderer Interviewpartnern, dass er während des „Global Listening“ das Gefühl hat, dass sich alles wie eine Spirale im Körper zusammendreht. Hierzu könnten die Angaben von Liem/Dobler (2002) hilfreich sein, welche bei zentral liegenden Organen unterhalb des Zwerchfells, das Fehlen jeglichen Bewegungsausschlages beschreiben, sodass dazu oben genannte Wahrnehmung passen könnte. Ein Osteopath beschreibt in Zusammenhang mit den Viszera Wahrnehmungsqualitäten wie Stau, welche den Rückschluss auf Flüssigkeiten zulässt. Dieser Osteopath erhält durch das „Global Listening“ direkt eine Information über betreffendes Organ, wenn er davon spricht, dass es z.B. Leber, Sigmoid etc. schreit (vgl. „D“ 2008/10). Ein Interviewpartner formuliert keine speziellen Wahrnehmungsqualitäten für das jeweilige Organ, er wird durch das „Global Listening“ zu dem Organ geführt, welches sich in Dysfunktion befindet. Bei diesen Aussagen handelt es sich um sehr subjektive Wahrnehmungsqualitäten, welche nur für den jeweiligen Osteopathen Gültigkeit haben. Es scheint so, dass diese Osteopathen auf ein eigenes Referenzsystem bei der Interpretation der Ergebnisse aus dem „Global Listening“ zurück greifen. So verweisen zwei Interviewpartner darauf, dass sich im Laufe der Zeit ein eigenes Referenzsystem entwickelt hat, welches von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wurde. Dazu gehören Faktoren wie berufliche Erfahrung, Austausch mit Kollegen, Weiterbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie, Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit etc. (vgl. „F“ 2008/11, „H“ 2008/12). Die In der Literatur beschriebenen spezifischen Viszeramuster für bestimmte Organe, wie Leber, Magen, Nieren etc., welche ihrerseits divergieren und auf subjektiv gemachte Erfahrungen der Autoren beruhen dürften, finden sich nicht bzw. nur bedingt in den Aussagen einzelner Interviewpartner. Zusammenfassend kann für Dysfunktionen der Viszera festgehalten werden, dass die Wahrnehmungsqualität Flexion, evt. in Kombination mit Rotation von vier Interviewpartnern als gemeinsame Wahrnehmungsqualität formuliert werden können. Des Weiteren wurde versucht, aus den Interviews Wahrnehmungsqualitäten für den kraniosakralen Bereich zu formulieren (siehe Kapitel 6.5.1.3). In der Literatur werden dazu die Wahrnehmungen „einsinken“, „nach innen gezogen werden“ beschrieben. Diese finden unter den Interviewpartnern keinen Widerhall, d.h. keine einzige Aussage deckt sich mit diesen Wahrnehmungsqualitäten. Allerdings haben sich im Rahmen der Aufarbeitung der Interviews Wahrnehmungsqualitäten gezeigt, welche dem kraniosakralen System zugeordnet werden können (fünf Nennungen). So werden für

das zentrale und autonome Nervensystem Wahrnehmungsqualitäten wie „flimmern“, „schwankig“, „drehend“ beschrieben. Ein Interviewpartner beurteilt mit Hilfe des „Global Listening“ den Zustand des Liquor cerebros spinalis, ein anderer die Gewebequalität der Schädelmembranen, welche sich bei einer Dysfunktion evt. trocken anfühlen. Für einen Interviewpartner zählen die Listening Tests, darunter fällt neben dem „Local Listening“ auch das „Global Listening“, zu den funktionellen Tests und diese ordnet er dem kraniosakralen System zu. Theoretische Erklärungsmodelle könnten sich hierfür aus der Faszienforschung ergeben (siehe Kapitel 3.3.1), da die Faszien einerseits die Fähigkeit aufweisen, sich rasch an wechselnde Bedingungen anzupassen zu können, indem sie z.B. von einem flüssigeren in einen wasserärmeren Zustand wechseln, andererseits sich freie Nervenendigungen und kontraktile Zellen darin finden, welche über das autonome (vegetative) Nervensystem gesteuert werden und somit eine Verbindung zum kraniosakralen System gegeben ist (vgl. Fossum 2003, Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003, Van den Wal 2010). Als Resümee kann festgehalten werden, dass es sich, so wie dies bereits in den Interpretationen für den viszeralen Bereich zu erkennen war, um sehr individuelle Wahrnehmungen und Interpretationen handelt, welche keine allgemein gültigen Interpretationsempfehlungen für den kraniosakralen Bereich zulassen. Für Dysfunktionen, welche den psychoemotionalen Bereich betreffen, fanden sich Aussagen von nur zwei Interviewpartnern (siehe Kapitel 6.5.1.4). Dies ist umso erstaunlicher, da in der osteopathischen Befundaufnahme Wert darauf gelegt wird, die psychoemotionale Situation des Patienten einzufangen. Beide Interviewpartner ordnen diesem Bereich die Wahrnehmungsqualität „nach hinten ziehen“ zu, wovon ein Interviewpartner von so genannten Schocks spricht, welche der Patient durch ein Trauma erlitten hat. Es geht aus dem Interview nicht hervor, ob es sich um einen traumatisch oder psychoemotional bedingten Schock handelt. Zusätzlich beschreibt er, dass sich die Mittellinie (Midline) außerhalb des Körpers befinden kann. Ligner (2006) verweist darauf, dass sich der Ecoute (engl. Listening) dazu eignet psychoemotionale Dysfunktionen aufzuspüren, ohne dazu eine Wahrnehmungsqualität zu beschreiben. Paoletti (2001) verweist in Zusammenhang mit psychoemotionalen Dysfunktionen auf die Wahrnehmungsqualität „Umfallen nach rückwärts“. Im Gegensatz dazu beschreibt Prat (2007) ein „Umfallen“ des Patienten nach vorne bei psychischen Problemen. Des Weiteren beschreibt Prat (2007) bei einem anterioren Haltungstyp ein „Kippen“ nach vorne und bei einem posterioren Haltungstyp ein „Kippen“ nach hinten. Ligner

(2007) beschreibt ein „Umfallen nach vorne“, wenn das Trauma von vorne und ein „Umfallen nach hinten“, wenn das Trauma von hinten eingewirkt hat. Die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“, sei es nach vorne oder hinten, findet sich in den Aussagen der Interviewpartner nicht. Ob ein „starkes nach hinten ziehen“ in weiterer Folge zu einem Umfallen nach hinten führt, wie dies von den beiden Interviewpartnern formuliert wurde, kann lediglich als Hypothese in den Raum gestellt werden. Zu dem in der Literatur beschriebenen Zusammenhang zwischen Emotionen und Organfunktionen (vgl. Barral 2007, Upledger 1999), finden sich keine Aussagen innerhalb der Interviews. Beide Autoren beschäftigten sich mit dem Einfluss der Psyche auf den menschlichen Körper. Die Verbindungen zwischen Soma und Psyche verlaufen über Bahnen des autonomen (vegetativen) Nervensystems und ganz allgemein über den Stoffwechsel (vgl. Croibier 2006). Dies könnte als Erklärungsmodell für das Auffinden von psychoemotionalen Dysfunktionen mit Hilfe des „Global Listenings“ dienen. Des Weiteren soll auf Erkenntnisse aus der Faszienforschung zurückgegriffen werden (siehe Kapitel 6.5.1.4), welche den Faszien eine verbindende, schützende, abwehrende, informierende, befördernde und ernährende Funktion zuschreiben (vgl. Kwakman 2010). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die beschriebene Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten in Zusammenhang mit den Wahrnehmungsqualitäten „nach hinten ziehen“ und „Umfallen“ insofern zu Verwirrung führen kann, da genannte Wahrnehmungsqualitäten auch für parietale Dysfunktionen zutreffen. Des Weiteren lassen weder die Angaben in der Literatur, noch die Aussagen der beiden Interviewpartner eine Präferenz für eine Art der Interpretation erkennen. Zuletzt soll auf Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeiten eingegangen werden, wozu sich Aussagen von drei Interviewpartnern fanden. Dabei handelt es sich um einen neuen Aspekt, welcher in der osteopathischen Literatur in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ nicht vorkommt. Von den Interviewpartnern wird einerseits die Qualität der Flüssigkeiten z.B. der extrazellulären Flüssigkeiten zu erfassen versucht, andererseits wird von Störungen im Bereich der Flüssigkeitszirkulation z.B. von Stauungsphänomenen gesprochen. Hierzu wurden einerseits Erkenntnistheorien aus der Faszienforschung (vgl. Kwakman 2010, Scheiterbauer 2010) und andererseits aus der biodynamischen Osteopathie (vgl. Shaver 2010) als Erklärungsmodell herangezogen. Kwakman (2010) weist den Faszien eine umhüllende Funktion zu, d.h. sie dienen als Umhüllung für das Wasser im menschlichen Körper und andererseits spricht er von einer Polaritätseinheit zwischen Faszien und Fluida, welche nach

seinem Verständnis als Grundlage aller rhythmischen Vorgänge im Körper gesehen werden kann. Des Weiteren wurde auf Gedankenkonstrukte aus der biodynamischen Osteopathie zurückgegriffen, da alle drei Interviewpartner eine Zusatzausbildung in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie aufweisen (siehe Kapitel 6.5.1.5). In der biodynamischen Osteopathie wird von vier Zonen (A, B, C, D) gesprochen, wobei die Zone A in Zusammenhang mit dem physischen Körper und die Zone B in Zusammenhang mit dem „Fluidbody“ (Flüssigkeitsfeld) steht (vgl. Shaver 2010). Der Begriff des Flüssigkeitsfeldes wurde von Sutherland, dem Begründer der kraniosakralen Osteopathie, deshalb gewählt, da er den Flüssigkeiten eine große Bedeutung zumaß (vgl. Shaver 2010). Beide Theorien könnten als Diskussionsgrundlage für die von den drei Interviewpartnern beschriebenen Wahrnehmungsqualitäten dienen. Es dürfte sich hierbei nicht mehr um ein Listening im klassischen Sinn handeln, bei dem es darum geht Spannungen im Bereich der Faszien aufzuspüren, sondern um ein erweitertes Listening, welches neben dem physischen Körper auch den „Fluidbody“ umfasst.

Im Rahmen der Auswertung der Interviews war zu erkennen, dass der Themenkomplex Interpretation nicht ausreichend durch Fragestellungen abgedeckt war. So fehlten im Interviewleitfaden Fragen zu speziellen Viszeralmustern, zu speziellen Wahrnehmungsqualitäten den kraniosakralen und psychoemotionalen Bereich betreffend, obwohl diese bei vorhergehender Aufarbeitung der Literatur zu erkennen gewesen wären. Das ist als methodischer Fehler einzustufen und es kann daher bei Einzelaussagen, bzw. bei Aussagen einiger weniger Interviewpartner kein Rückschluss auf die Vorgehensweise der anderen Interviewpartner im Bereich der Interpretation gezogen werden. Im Hinblick auf die Testobjektivität, speziell der Interpretationsobjektivität, mit welcher erfasst werden soll, wie weit ein Testergebnis unabhängig vom Untersucher ist, ist diese für den Themenkomplex Interpretation als gering einzustufen. Es besteht eine sehr große Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten für ein und denselben Dysfunktionsbereich, welche zum Teil widersprüchlich sind und nicht selten auf der Einordnung von Wahrnehmungsqualitäten in individuelle Referenzsysteme beruhen. Um die Interpretationsobjektivität zu verbessern wäre es wünschenswert, grundlegende Wahrnehmungsqualitäten bzgl. ihrer Interpretation zu standardisieren und in die Ausbildung zum Osteopathen einfließen zu lassen (vgl. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et al. 2003). Aus den Aussagen der Interviewpartner geht hervor, dass einerseits zu

wenig Zeit im Unterricht für den „Global Listening Test“ aufgewendet wurde und andererseits unterschiedlichste Interpretationsmöglichkeiten gelehrt wurden (siehe Kapitel 6.5.2). Zwei Interviewpartner sprechen in diesem Zusammenhang direkt die Lehrenden an der Wiener Schule für Osteopathie an. Es sollte innerhalb der Ausbildung ein Diskussionsprozess zum Thema „Global Listening“ angeregt werden, um so ein koordiniertes Vorgehen für den Unterricht des „Global Listening“ in Zukunft zu ermöglichen.

## **8 Zusammenfassung**

In vorliegender Masterthese wurde den Fragen nachgegangen, wie weit das „Global Listening“ als globaler Überblickstest im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme im Praxisalltag eingesetzt wird, welche Zielsetzungen mit dem „Global Listening“ verbunden werden und im Speziellen, wie sich die Durchführung und Interpretation dieses Tests im Praxisalltag gestaltet. Obgleich der „Global Listening Test“ in seiner Reliabilität und Validität nicht hinreichend gesichert ist – eine aktuelle Reliabilitätsstudie für die Ausgangsstellung Stand ergab dazu eine zufällige Übereinstimmung (vgl. Rittler 2010) – fand dieser Test Eingang in die osteopathische Fachliteratur und in Osteopathieausbildungsstätten, so auch an der Wiener Schule für Osteopathie. Eine Literaturrecherche zum Thema „Global Listening“ und osteopathische Befundaufnahme zeigte eine Vielzahl an variierenden Angaben im Hinblick auf Zielsetzung, Durchführung und Interpretation. Erste Gespräche mit Osteopathen ließen ebenfalls einen großen Grad an Differenzierung erkennen und es schien, als ob die individuell gemachten Erfahrungen des einzelnen Osteopathen sowohl für die Zielsetzung und Durchführung als auch für die Interpretation von Bedeutung sind. Vor dem Hintergrund, dass die Osteopathie nicht als außenstehende Alternative zur Schulmedizin gesehen werden möchte, sondern einen integrierten Platz innerhalb des Gesundheitswesens einnehmen will (vgl. Mayer-Fally 2007), ist eine kritische Beleuchtung ihrer Maßnahmen, Diagnoseinstrumente und Verfahren unerlässlich. Da es sich beim „Global Listening“ um einen Test handelt, welcher zu den fünf wichtigsten Befundungsinstrumenten zählt und innerhalb dieser an zweiter Stelle rangiert (vgl. Biberschick 2010, Krönke 2006), galt es mit Hilfe dieser Masterthese die Komplexität dieses osteopathischen Feintests zu beleuchten. Konkrete Studien liegen dazu nicht vor, weshalb der forschungsleitenden Fragestellung nachgegangen

wurde, wie sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet. Ergänzend wurde nach der Ausgangsstellung des Patienten bzw. des Therapeuten, nach der Handhaltung des Therapeuten sowie nach Kriterien der Ergebnisinterpretation gefragt.

Beim Global Listening handelt es sich um eine Untersuchungstechnik, welche im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme zwar häufig Anwendung findet, jedoch bestehen hinsichtlich der Begriffsbestimmung (Bezeichnung / Bedeutung), den Zielsetzungen, den Durchführungsaspekten und den Ergebnisinterpretationen in der osteopathischen Fachliteratur unterschiedliche Auffassungen. Als gemeinsamer Nenner ließ sich in der theoretischen Aufarbeitung feststellen, dass mittels des Global Listening veränderte Faszienanspannungen, sowie kleinste Bewegungssignale aus dem Körper aufgespürt werden sollen, wodurch die Lokalisation von somatischen Dysfunktionen ermöglicht wird. Vor diesem Hintergrund stellen die Faszientheorie, das Tensegrity - Modell und die haptische Wahrnehmung zentrale Erklärungsmodelle dar, deren Grundlagen und Grundannahmen vorgestellt wurden, um darauf aufbauend das Global Listening aus testtheoretischer Sicht zu beleuchten.

Zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung wurde ein theoriegenerierendes qualitatives Verfahren gewählt, in dessen Rahmen das problemzentrierte Interview (PZI) nach Witzel (2000) zum Einsatz kam. Dieser halbstrukturierten Befragung lag ein Interviewleitfaden zu Grunde, welcher den „roten Faden“ durch das Interview bildete und dessen Fragen im Sinne der Problemzentrierung eine Konzentration auf den Untersuchungsgegenstand und damit eine relativ gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichte (vgl. Mayring 2002). In Summe wurden zwölf Osteopathen aus Wien und Niederösterreich, welche Ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert hatten, interviewt. Der Durchführungszeitpunkt der Interviews wurde auf drei Monate beschränkt und fand zwischen Oktober und Dezember 2008 statt. Im Anschluss daran fand die Transkription der Interviews statt, welche mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Insgesamt ergaben sich 19 Hauptkategorien, welche zu fünf Bereichen – Begriff, Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses, Zielsetzung, Durchführung und Interpretation – verdichtet wurden.

In Bezug auf den Wortgebrauch zeigte sich, dass übereinstimmend mit der Fachliteratur in der osteopathischen Praxis die Begriffe „Global Listening“ (sechs Nennungen), „General Listening“ (drei Nennungen) und „Globaler Ecoute“ (eine Nennung) vorherrschend sind.

So wie in osteopathischen Fachbüchern, wird von sieben Interviewpartnern dem „Global Listening“ eine diagnostische Zielsetzung innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zugesprochen. Dabei gilt es, mit den Händen einen ersten Eindruck von den Geweben zu erhalten, wobei sich der Therapeut in einem passiven Zustand, im Zustand des Zuhörens befindet (vgl. Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Burch 2003, Croibier 2006, Liem 1998, Paoletti 2001). Bzgl. des Stellenwertes des „Global Listenings“ im osteopathischen Praxisalltag kann festgehalten werden, dass sechs der zwölf befragten Osteopathen diesen Test regelmäßig und weitere sechs Interviewpartner beim Vorliegen bestimmter Kriterien ihn beim Erstkontakt anwenden. Dieser hohe Stellenwert deckt sich mit den Ergebnissen aus den Masterthesen von Krönke (2006) und Biberschick (2010). Als Gründe und Motive für die unregelmäßige Anwendung des „Global Listenings“ kristallisierten sich folgende Argumentationsstränge heraus: Komplexer Befund versus spezifische Symptome (drei Nennungen), Intuition (zwei Nennungen) und der Aspekt des Screenings (eine Nennung). Als Resümee für das Unterkapitel „komplexer Befund versus spezifische Symptome“ kann festgehalten werden, dass die Interviewpartner umso öfter das „Global Listening“ als Überblickstest verwenden, je komplexer sich die Symptome, das Gesamtbild des Patienten präsentiert. Je spezifischer sich die Symptome gestalten, desto eher wird dieser Überblickstest weggelassen (drei Nennungen). Im Unterkapitel „Intuition“ wurde auf Erkenntnis aus der Spiegelneuronenforschung des Neurobiologen Rizzolatti (vgl. Jung 2006, Zeuch 2008) zurückgegriffen. Interessante Überlegungen zu den in der Primär- und Sekundärprävention verwendeten Screeningmethoden fanden sich bei Strasser (2010), welche auch auf ein osteopathisches Screening übertragen werden können. Des Weiteren war von Interesse, wie sehr der „Global Listening Test“ den eigenen Befundungsprozess beeinflusst. So gaben acht Interviewpartner an, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ auf jeden Fall das weitere Prozedere im Befundungsprozess beeinflusst, während für drei Interviewpartner das Ergebnis nur bedingt einen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Befundung hat. In ersterer Gruppe war zu erkennen, dass dem Ergebnis aus dem

„Global Listening“ ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, da es den Ablauf des Befundungsprozesses verändert, d.h. es werden weitere speziell darauf abgestimmte Tests durchgeführt, noch einmal genauer dazu nachgefragt bzw. darüber reflektiert, ob Fragen innerhalb der Anamnese vergessen wurden. Dabei handelt es sich um einen interessanten Aspekt, welcher in dieser Form nicht in der Literatur angesprochen wird. Hingegen konnte für die zweite Gruppe dieser hohe Stellenwert des „Global Listening“ für den Befundungsprozess nicht abgeleitet werden, da die Ergebnisse dieses Listeningtests die Befundaufnahme nur bedingt oder gar nicht beeinflussen und die Ergebnisse aus allen durchgeführten Tests erst am Ende des Befundungsprozesses einer Bewertung unterzogen werden. Darüber hinaus wird in einschlägiger Fachliteratur vermerkt, dass den Geweben wertschätzend und mit Respekt begegnet werden soll (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem 1998, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010); ein Aspekt, den dezidiert nur zwei Interviewpartner ansprachen.

Die Fragestellung, wie sich die Zielsetzung für das „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet, erbrachte interessante Erkenntnisse. Deckungsgleich mit den Angaben aus der osteopathischen Literatur (vgl. Barral 2004, Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2006, Lossing 2002, Mayer-Fally 2007, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010) artikulierten die Interviewpartner folgende fünf zentrale Zielsetzungen für das „Global Listening“: Wahrnehmung faszialer Spannung (sieben Nennungen), Auffinden von Läsionen/Problemzonen (vier Nennungen), Auffinden von Körperebenen, welchen eine Dysfunktion zugeordnet werden kann (vier Nennungen), Kontaktaufnahme zu den Geweben (zwei Nennungen) sowie Formulierung einer osteopathischen Diagnose (fünf Nennungen). Aus den Aussagen der Interviewpartner ging hervor, dass der Begriff der somatischen Dysfunktion, welcher 1973 den bis dahin gültigen Begriff der osteopathischen Läsion ablöste, noch kaum Einzug in den osteopathischen Praxisalltag gefunden hat. Zwar wird mit Hilfe des „Global Listening“ versucht Dysfunktionen zu ermitteln, die den aus der Literatur bekannten Körperebenen zugeordnet werden wie z.B. der parietalen, der viszeralen, der kraniosakralen oder der psychoemotionalen Ebene (vgl. Barral 2004, Barral 2007, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2006, Paoletti 2001, Upledger 1999), doch der Begriff somatische Dysfunktion findet sich kaum im

Sprachgebrauch der Interviewpartner. Neu hingegen war der Aspekt, mittels des „Global Listening“ Dysfunktionen auf einer so genannten Flüssigkeitsebene und / oder hormonellen Ebene (eine Nennung) aufzufinden. Erklärungsmodelle finden sich hierfür in der Faszienforschung (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003), welche Zusammenhänge zwischen dem Zustand der Faszien und den von den Interviewpartnern genannten Körperebenen vermuten lassen. Um mit den Geweben des Patienten Kontakt aufnehmen zu können, ist eine wertschätzende und liebevolle Haltung des Osteopathen notwendig; ein Aspekt, welchem in der osteopathischen Literatur viel Aufmerksamkeit geschenkt wird, jedoch nur von zwei Interviewpartnern angesprochen wurde. Im Hinblick auf die Zielsetzung „Formulierung einer osteopathischen Diagnose“ (fünf Nennungen) gaben zwei Interviewpartner an, das „Global Listening“ als einen Baustein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zu sehen. Somit wird das Ergebnis aus diesem Test von beiden Osteopathen als hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt. Beide Aussagen spiegeln sich in der osteopathischen Literatur wieder und stehen im Gegensatz zu den Aussagen jener drei Interviewpartner, bei welchen das Ergebnis aus dem „Global Listening“ die Vorgehensweise zwar innerhalb der eigenen Befundaufnahme beeinflusst, jedoch nicht als hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt wird. In diesem Zusammenhang wurde von einem Interviewpartner eine interessante Diskussion angeregt. Mit der Begründung, dass der „Global Listening Test“ nicht ausreichend wissenschaftlich sei, weist er dem „Global Listening“ einen geringeren Stellenwert im Befundungsprozess zu als den so genannten Mobilitätstests. Diese Aussage kann weder mit Ergebnissen aus Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren (vgl. Gemell/Miller 2005, Hawk et al. 1999, McConell et al. 1980, Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005), noch mit Aussagen aus der osteopathischen Literatur zum Thema Befundaufnahme begründet werden. Neu hingegen konnten folgende Zielsetzungen generiert werden: So wird das „Global Listening“ zur Beurteilung der Befindlichkeit des Patienten (drei Nennungen), als Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen (sechs Nennungen), zur Evaluation (acht Nennungen), zur Beurteilung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder der Midline (jeweils eine Nennung), herangezogen. Unter Berücksichtigung jener Zielsetzungen mit Mehrfachnennungen gaben drei Interviewpartner an, mit dem „Global Listening Test“ ein Diagnoseinstrument in Händen zu halten, welches ihnen erlaubt, während oder nach einer osteopathischen Behandlung das Befinden des Patienten,

welches sich einerseits auf das physische und andererseits auf das psychische Wohlbefinden bezieht, zu beurteilen. Des Weiteren gaben sechs Interviewpartner an, das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen und / oder für die Auswahl der Behandlungstechnik heranzuziehen. Zu betonen ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass drei der zwölf Interviewpartner gegenteiliger Meinung waren und für sie das „Global Listening“ keinen Einfluss auf ihr therapeutisches Vorgehen hat. Interessant waren die Aussagen von acht Interviewpartnern, welche das „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument während und am Ende der Behandlung einsetzen. So ist im Bereich der strukturellen Osteopathie die Nachuntersuchung mit Hilfe manueller Mobilitätstests als fixer Bestandteil integriert (vgl. Greenman 2000). Ähnliche Hinweise fanden sich in der osteopathischen Literatur im Bereich der kraniosakralen und viszeralen Osteopathie, allerdings wurden nicht explizit Tests zum Zwecke der Evaluation angeführt (vgl. Barral/Mercier 2005, Liem 1998, Liem/Dobler 2002). Die Interviewpartner wiesen darauf hin, dass der „Global Listening Test“ ein eindeutiges Ergebnis erbracht haben muss, um als Evaluierungsinstrument eingesetzt werden zu können. Dabei determinieren verschiedene Faktoren, ob das „Global Listening“ von den Interviewpartnern regelmäßig oder bei Bedarf als Evaluierungsinstrument eingesetzt wird.

In Bezug auf die Fragestellung, wie sich die Durchführung des „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet, lässt sich zunächst festhalten, dass das Vorgehen nicht einheitlich ist. Insgesamt fand sich bzgl. der Durchführung des „Global Listenings“ innerhalb der Interviewpartner ein großer individueller Spielraum, welcher auch die Vielfalt differierender Angaben in der osteopathischen Literatur widerspiegelt.

Für die Ausgangsstellung des Patienten, in welcher das „Global Listening“ im osteopathischen Praxisalltag durchgeführt wird, wählen die Therapeuten am häufigsten die Position Stand (elf Nennungen), gefolgt von der Position Rückenlage (neun Nennungen) und von der Position Sitz (vier Nennungen). Darüber hinaus wird der „Global Listening Test“ häufig in den Positionen Stand/Rückenlage, selten in den Positionen Stand/Sitz und nur in Ausnahmefällen in den Positionen Sitz/Rückenlage kombiniert ausgeführt. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass für das „Global Listening“ die Ausgangsstellungen Stand und Sitz zu verwenden sind, hingegen die

Ausgangsstellung Rückenlage für ein „Global Listening“ zu meiden ist (vgl. Barral 2005). In dieser werden so genannte „lokale Ecoute Tests“ bzw. „segmentale Ecoute Tests“ durchgeführt (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001), während für Paoletti (2001) die Ausgangsstellung Rückenlage auch für „globale Ecoute Tests“ zulässig ist. Diese unterschiedlichen Angaben und Bezeichnungen (Global Listening, globaler Ecoute, local Listening, segmentaler Ecoute) in der Fachliteratur mögen zur Verwirrung innerhalb der Osteopathen beitragen und es scheint mehr als sinnvoll, hier eine Begriffsklärung innerhalb der Osteopathengemeinschaft herbei zu führen. Für die Ausgangsstellung Stand konnten als Gemeinsamkeiten die Blickrichtung des Patienten nach vorne (elf Nennungen), das Schließen der Augen (acht Nennungen) und eine Standspurbreite, welche zwischen hüftgelenksbreit und beckenbreit liegen kann (neun Nennungen), festgestellt werden. Es fanden sich weder in der osteopathischen Literatur noch innerhalb der Aussagen der Interviewpartner Angaben bzgl. der Gleichgewichtserhaltung und der Größe der Unterstützungsfläche, welche durch die Standspurbreite vorgegeben ist. Dies ist umso erstaunlicher, da die Gleichgewichtsreaktionen mit geschlossenen Augen zunehmen (vgl. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000) und das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verfälschen können. Für die Ausgangsstellung Sitz kann einzig und allein festgehalten werden, dass die Unterschenkel des Patienten frei hängen sollen und für die Ausgangsstellung Rückenlage, dass der Patient entspannt liegen soll. Der Arm- bzw. Handposition in der Ausgangsstellung Rückenlage wurde keine Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl sich dazu interessante Aspekte im Bereich der Inhibitionstests fanden (vgl. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002).

Zur Ausgangsstellung und Handhaltung des Therapeuten fand sich ein ähnlich großer individueller Spielraum wie für die Position des Patienten. Als kleinster gemeinsamer Nenner ergab sich für die Ausgangsstellung Stand, dass elf Interviewpartner eine Hand am Kopf platzieren. Ob die zweite Hand dazu genommen wird oder nicht und an welchen Körperstellen der Kontakt zum Patienten aufgenommen wird, ist individuell sehr unterschiedlich. Es bestand von den Interviewpartnern einzig und allein die Forderung, dass der Therapeut eine entspannte Haltung einnehmen soll. Ähnlich verhielt es sich für die Ausgangsstellung Rückenlage, wobei hier der Kontakt an den Füßen (Rist), an den Unterschenkeln, am Bauch, am Brustbein, an den Schultern und am Kopf hergestellt werden kann. Aus der Aufarbeitung der osteo-

opathischen Literatur und aus den Interviews ging nicht hervor, ob die Handhaltung und die Tatsache, ob eine oder zwei Hände verwendet werden, von Relevanz für die Durchführung des „Global Listening“ und für die haptische Wahrnehmung des Therapeuten sind. Weiters fanden sich Aussagen in der Literatur, welche den Rückschluss zulassen, dass an jeder Stelle des Körpers ein Listening durchgeführt werden kann (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Es scheint daher nicht von Bedeutung zu sein, an welcher Stelle der Osteopath den Kontakt zum Patienten herstellt.

Zusätzlich zu den erwähnten Aspekten wurde nach weiteren Durchführungsspezifitäten wie nach dem spezifischen Handkontakt (Auflagedruck der Hand etc.), der Zeitdauer für das „Global Listening“ und nach dem Durchführungszeitpunkt gefragt. Auf den spezifischen Handkontakt bezogen lässt sich festhalten, dass mehrheitlich von den Interviewpartnern die Hand einen leichten Berührungskontakt zum Patienten herstellt, welcher den Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006) entsprechen dürfte. Bzgl. des Auflagedruckes der Hand deckten sich die Angaben in der osteopathischen Literatur, welcher 20 bis 30 Gramm betragen kann, mehrheitlich mit den Aussagen der Interviewpartner (zehn Nennungen). Im Hinblick auf die Zeitdauer fanden sich so wie in der Fachliteratur, entweder genaue Sekundenangaben oder allgemein gehaltene Aussagen. So variierten die Angaben von einer bis fünf Sekunden (sieben Nennungen), von fünf bis 20 Sekunden (vier Nennungen) bis zu ein paar Minuten (eine Nennung). Allerdings stellt sich die Frage, ob das „Global Listening“ bei einer längeren Zeitdauer, dies gilt sicher für die dritte Kategorie, nicht in eine Behandlung übergeht bzw. das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verwischt wird, d.h. zu einer Fehlinterpretation des Testergebnisses führt. Bezogen auf den Durchführungszeitpunkt für das „Global Listening“ fanden sich in der osteopathischen Literatur dahingehend Aussagen, dass dieser Test nach der Anamnese, nach der Inspektion und Palpation in der Ausgangsstellung Stand durchgeführt werden soll. Croibier (2006) verweist darauf, dass der „Global Listening Test“ noch vor den Mobilitätstests ausgeführt werden soll, da diese invasiver sind und das tiefe Gleichgewicht der Gewebe kurzfristig stören. Aus den Aussagen der Interviews konnte keine einheitliche Vorgangsweise, sondern lediglich eine Tendenz abgeleitet werden, d.h. sechs Interviewpartner führen das „Global Listening“ vor den allgemeinen Mobilitätstests in der Ausgangsstellung Stand durch, drei Interviewpartner setzen ihn variabel ein, drei Interviewpartner wenden ihn dezidiert nach den Mobilitätstests an. Dass die Durch-

führung des „Global Listenings“ besonderer haptischer Wahrnehmungsqualitäten bedarf und es Jahre an Erfahrung braucht, um immer feinere Informationen aus den Geweben wahrnehmen und interpretieren zu können, betonen Paoletti (2001) und Croibier (2006). Dies deckt sich mit den Aussagen von acht Interviewpartnern, welche als bedeutende Faktoren einerseits die Berufserfahrung und andererseits den Einfluss von Zusatzausbildungen nannten. Im Hinblick auf die Interrater – und Intrarater-Reliabilität wäre es wünschenswert, wenn es zu einer teilweisen Standardisierung des Testablaufes käme, obwohl Rittler (2010) in ihrer Masterthese trotz Konsenstraining keine Verbesserung der Reliabilität erzielen konnte. Ähnliches gilt für die Testobjektivität, welche ein wesentlicher Aspekt der Validität ist (vgl. Schelten 1997), wobei für das „Global Listening“ vor allem die Durchführungs- und Interpretationsobjektivität von Bedeutung sind. Daher sollten Faktoren, welche die Reliabilität und Validität beeinträchtigen, möglichst vermieden und konkrete Kriterien für die Durchführung präzisiert werden. Insbesondere die Ausgangsstellung des Patienten, der Auflagedruck der Hand, die Zeitdauer und der Durchführungszeitpunkt scheinen einer Präzisierung zu bedürfen.

In Zusammenhang mit der Testobjektivität steht auch die Frage, wie und nach welchen Kriterien sich die Interpretation des „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet. Hierbei bildeten sich fünf relevante Bereiche heraus, welche einerseits Interpretationen zu bekannten Dysfunktionsbereichen, wie dem parietalen Bereich (fünf Nennungen), dem viszeralen Bereich (acht Nennungen), dem kraniosakralen Bereich (fünf Nennungen), dem psychoemotionalen Bereich (zwei Nennungen) und andererseits zu einem neuen Dysfunktionsbereich (drei Nennungen), welcher mit „Dysfunktionen in Flüssigkeitssystemen“ benannt wurde, umfassen.

Bezüglich der Dysfunktionen, welche den parietalen Bereich betreffen, sind die Aussagen der Interviewpartner mit jenen aus der osteopathischen Literatur deckungsgleich und umfassen Wahrnehmungsqualitäten wie Extension und / oder Seitneigung (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem 1998, Ligner 2007, Prat 2007). Für Dysfunktionen, die den viszeralen Bereich betreffen, werden in der Literatur hingegen die Wahrnehmungsqualitäten Flexion, Rotation, stehen bleiben und Seitneigung als interpretationsrelevant beschrieben. Diese werden von den

Autoren in unterschiedlichster Kombination einem entsprechenden Organ zugeordnet, wobei ein und dieselbe Kombination jeweils einem anderen Organ zugeordnet sein kann (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Prat 2007). Die genannten Wahrnehmungsqualitäten deckten sich mit den Aussagen von vier Interviewpartnern. Vier Interviewpartner hingegen beschrieben Wahrnehmungsqualitäten, die gänzlich von der Literatur abweichen, welche sie auf Dysfunktionen der Viszera betreffend schließen ließen. So sprach ein Interviewpartner in Zusammenhang mit einem Nierenschock davon, dass der Körper sich wie der Buchstabe „C“ formt, ein anderer Interviewpartner, dass er während des „Global Listening“ das Gefühl hat, dass sich alles wie eine Spirale im Körper zusammendrehet. Ein Osteopath beschreibt in Zusammenhang mit den Viszera Wahrnehmungsqualitäten wie Stau, welche den Rückschluss auf Flüssigkeiten zulässt. Bei diesen Aussagen handelt es sich um subjektive Wahrnehmungsqualitäten, welche für den jeweiligen Osteopathen stehen. Es scheint so, dass diese Osteopathen auf ein eigenes Referenzsystem bei der Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ zurück greifen. Dieser große individuelle Interpretationsspielraum findet sich auch in der osteopathischen Literatur und es kann lediglich die Flexion, evt. in Kombination mit einer Rotation als allgemein gültige Wahrnehmungsqualität festgehalten werden. Für den kraniosakralen Bereich wurden in der Literatur Wahrnehmungsqualitäten wie „einsinken“ und „nach innen gezogen werden“ beschrieben (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). Diese Wahrnehmungsqualitäten fanden keine Zustimmung bei den Interviewpartnern. Allerdings fanden sich in Aussagen von fünf Interviewpartnern Wahrnehmungsqualitäten wie „flimmern“, „schwankig“ und „drehend“, welche einen Rückschluss auf das zentrale und autonome (vegetative) Nervensystem zuließen. Ebenso wird von diesen Osteopathen versucht, den Zustand des Liquor cerebrospinalis und die Qualität der Schädelmembranen zu beurteilen. Da es sich hierbei um sehr individuelle Wahrnehmungen und Interpretationen handelt, konnten keine allgemein gültigen Interpretationsempfehlungen für den kraniosakralen Bereich abgeleitet werden. Für Dysfunktionen, welche den psychoemotionalen Bereich betreffen, fand sich in der osteopathischen Literatur die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“, wobei einerseits ein „Umfallen nach vorne“ und andererseits „ein Umfallen nach hinten“ beschrieben wurden. Allerdings werden diese Wahrnehmungsqualitäten ebenso parietalen Dysfunktionen zugeordnet (vgl. Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). Von den Interviewpartnern (zwei

Nennungen) wurde als Wahrnehmungsqualität ein „nach hinten ziehen“ beschrieben. Ob dieses „nach hinten ziehen“ in weiterer Folge zu einem Umfallen nach hinten führt, konnte nicht beantwortet werden. Zu den in der Literatur beschriebenen Zusammenhängen zwischen Emotionen und Organfunktionen (vgl. Barral 2007, Upledger 1999), fanden sich keine Aussagen innerhalb der Interviews. Aussagen von drei Interviewpartnern bezogen sich auf Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeiten. Dabei handelt es sich um einen neuen Aspekt, welcher in der osteopathischen Literatur in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ nicht erwähnt wird. Von den Interviewpartnern wurde einerseits versucht die Qualität der Flüssigkeiten z.B. der extrazellulären Flüssigkeiten zu erfassen, andererseits wurde von Störungen im Bereich der Flüssigkeitszirkulation, z.B. von Stauungsphänomenen gesprochen. Auffallend war, dass alle drei Interviewpartner Zusatzausbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie aufweisen. Daraus könnte ein Einfluss dieser Zusatzausbildungen auf die Wahrnehmungsfähigkeit dieser Osteopathen abgeleitet werden. Es dürfte sich hierbei nicht mehr um ein „Global Listening“ im klassischen Sinn handeln, bei dem es darum geht Spannungen im Bereich der Faszien aufzuspüren, sondern um ein erweitertes Listening, welches sowohl den physischen Körper als auch den so genannten „Fluidbody“ umfasst.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine sehr große Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten für ein und denselben Dysfunktionsbereich bestehen, welche zum Teil widersprüchlich sind und nicht selten auf der Einordnung von Wahrnehmungsqualitäten in individuelle Referenzsysteme beruhen. Im Hinblick auf die Testobjektivität, speziell auf die Interpretationsobjektivität, wäre es wünschenswert, grundlegende Wahrnehmungsqualitäten bzgl. ihrer Interpretation festzulegen und in die Ausbildung zum Osteopathen einfließen zu lassen (vgl. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et al. 2003). Des Weiteren sollte es im Hinblick auf die Reliabilität des „Global Listening“ zu einer Präzisierung hinsichtlich der Zielsetzungen für das „Global Listening“ innerhalb des Befundungsprozesses, der Durchführung, hier im Speziellen bzgl. der Ausgangsstellung des Patienten, des Auflagedrucks der Hand des Therapeuten, der Zeitdauer und des Durchführungszeitpunktes kommen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll eine teilweise Standardisierung für das „Global Listening“ anzustreben und diese bereits in der Ausbildung zu vermitteln. Da es Jahre an Erfahrung braucht, um

noch so feinste Informationen aus dem Körper wahrnehmen und interpretieren zu können, wäre es wünschenswert, das „Global Listening“ von Beginn an in die Ausbildung zu integrieren. Aus den Aussagen der Interviewpartner ging hervor, dass allgemein zu wenig Zeit im Unterricht für den „Global Listening Test“ aufgewendet wird und zudem unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten gelehrt werden. Zwei Interviewpartner sprachen in diesem Zusammenhang direkt die Lehrenden der Wiener Schule für Osteopathie an. Es sollte des Lehrkörpers ein Diskussionsprozess zum Thema „Global Listening“ angeregt werden, um so ein koordiniertes Vorgehen für den Unterricht betreffend des „Global Listenings“ in Zukunft zu ermöglichen. Diesem Anliegen sollte, mit dem Wissen um den hohen Stellenwert des „Global Listenings“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, Beachtung geschenkt werden.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Tensegrity - Modell aus festen und elastischen Elementen .....	27
Abb. 2: Beziehung zwischen Objektivität, Reliabilität und Validität eines Tests .....	54
Abb. 3: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen .....	71
Abb. 4: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews .....	72
Abb. 5: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung .....	82

## Literaturverzeichnis

- Aigner, Ch. (2009): Berührung in der Pflege. Die Bedeutung der Berührung durch Pflegepersonen für alte Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Magisterarbeit. Hall: Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
- Barral, J-P. (2004): Manuelle Thermodiagnostik. München: Urban & Fischer Verlag
- Barral, J-P. (2005): Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 2. 2. Auflage. München: Urban & Fischer
- Barral, J-P. (2007): Emotionale Diagnose und Behandlung nach J.P. Barral. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2007/3: 25-27
- Barral, J-P. / Croibier, A. (2008): Manipulation kranialer Nerven. München: Elsevier
- Barral, J-P. / Mercier, P. (2005): Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 1. 2. Auflage. München: Urban & Fischer
- Biberschick, M. (2010): „Legt Euch ein Schema zurecht“: Die Routineuntersuchung in der Osteopathie. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Bortz, J. / Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin: Springer
- Brazzo, M. (2004): Viszerale Automobilisation. Osteopathie für innere Organe. München: Urban & Fischer
- Burch, J. (2003): Visceral Manipulation: A Powerful New Frontier In Bodywork. In: [Massage Therapy Journal -2003/2142/2: 59-66 - -](http://www.amtamassage.org/journal/summer_03-journal/visceral-manipulation.pdf)  
[www.amtamassage.org/journal/summer\\_03-journal/visceral-manipulation.pdf](http://www.amtamassage.org/journal/summer_03-journal/visceral-manipulation.pdf)
- Conradi, S. / Smolenski, U.C. / Bak, P. / Biskupek, H. / Frey, M. / Galeazzi, A. / Klaas, T. / Kluge, K. / Müller, K. / Nagel, J. / Psczolla, M. / Schröder, M. / Strum, C. / Wagner, W. / Wilde, W. (2003): Reliabilität der manuellen medizinischen Tests bei Low Back Pain (LBP)-Patienten. In: Manuelle Medizin 2003/41/4: 272-278
- Croibier, A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban & Fischer Verlag
- Degenhardt, B.-F. / Snider, K.-T. / Snider, E.-J. / Johnson, J.-C. (2005): Interobserver reliability of ostopathic palpatory diagnostic tests of the lumbar spine: improvements from consensus training. In: Journal of the American Osteopathic Association 2005/105/10: 465-473

Formatiert: Schriftart: (Standard)  
Arial, 12 pt, Englisch (Großbritannien)

- Drosdowski, G. / Müller, W. / Scholz-Stubenrecht, W. / Wermke, M. (1990): Duden. Fremdwörterbuch. 5. Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut
- Dunshirn, M. (2006): Die Mittellinie in der Osteopathie – ein Balanceakt zwischen Struktur und Spiritualität. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Flick, U. / Kardoff, E. / Rosenstiel, L. / Wolff, S. (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz
- Fossum, Ch. (2003): Faszien, das osteoartikuläre System und das allgemeine Kompensationsmuster in der Osteopathie. In: Thema [2003/4/1](#): -4-12
- Fröhlich, W. D. (2010): Wörterbuch Psychologie. 27. Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag
- Fryer, G. (1999): Somatic Dysfunction: updating the concept. In: Australian Journal of Osteopathy [1999/10/2](#): 14-19
- Gemmel, H. / Miller, P. (2005): Interexaminer reliability of multidimensional examination regimes used for detecting spinal manipulable lesions: A systematic review. In: Clinical Chiropractic [2005/8/4](#): 199-204
- Gibson, J.-J. (1983): The sense considered as perceptual system. 2. Auflage. New York: Greenwood
- Greenman, P.-E. (2000): Lehrbuch der osteopathischen Medizin. 2. Auflage. Heidelberg: Haug
- Grunwald, M. (2009): Der Tastsinn im Griff der Technikwissenschaften? Herausforderungen und Grenzen aktueller Haptikforschung. In: [LIFIS-Online \(Leibniz-Institut für Interdisziplinäre Studien\) Leibniz—200910/12/28 – ~~www.leibniz-institut.de~~http://www.leibniz-institut.de/archiv/grunwald\\_martin\\_09\\_01\\_09.pdf](#)
- Grunwald, M. / Beyer, L. (2001): Der bewegte Sinn. Grundlagen und Anwendungen zur haptischen Wahrnehmung. Basel: Birkhäuser
- Guttman, G. (1982): Lehrbuch der Neuropsychologie. 3. Auflage. Bern: Hans Huber
- Hafen, M. (2001): Was „ist“ Prävention? In: Prävention und Prophylaxe 2001/2: 30-34
- Hawk, C. / Phongphua, C. / Bleecker, J. / Swank, L. / Lopez, D. / Rubley, T. (1999): Preliminary study of the reliability of assessment procedures for indications for

Formatiert: Absatz-Standardschriftart

- chiropractic adjustments of lumbar spine. In: Manipulative and Physiological Therapeutics 1999/22/-(6): 382-89
- Heesen, G. (2001): Verdauungssystem. In: Van den Berg, F. (Hrsg.): Angewandte Physiologie. Therapie, Training, Tests. 2. Auflage: 329-369. Stuttgart: Thieme
- Heller, M.-A. / Ballesteros, S. (2006): Touch and Blindness. Psychology and Neuroscience. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Helsmoortel, J. / Hirth, T. / Wühl, P. (2002): Lehrbuch der viszeralen Osteopathie. Peritoneale Organe. Stuttgart: Thieme
- Hermanns, W. (2007): GOT – Ganzheitliche osteopathische Therapie. Stuttgart: Hippokrates
- Hinkelthein, E. / Zalpour, Ch. (2006): Diagnose und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates
- Hochschild, J. (2002): Strukturen und Funktionen begreifen. Funktionelle Anatomie – Therapierrelevante Details. Band 2. Stuttgart: Thieme
- Jung, N. (2006): Die Entdeckung der Spiegelneurone – eine Revolution für die Psychologie? 4.—Vortrag [im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie am 01.02.2006 in Berlin](#) – ~~2006/02/1~~ – [www.fh-egerswalde.de/Jung](http://www.fh-egerswalde.de/Jung)
- Kaufmann, J-C. (1999): Das verstehende Interview. Theorie und Praxis. Konstanz: Universitätsverlag
- Kelle, U. / Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Klein-Vogelbach, S. (1984): Funktionelle Bewegungslehre. 3. Auflage. Berlin: Springer
- Klein-Vogelbach, S. (2000): Funktionelle Bewegungslehre. Bewegung lehren und lernen. 5. Auflage. Berlin: Springer
- Krönke, K. (2006): A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria. Pilot study 2003. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Kwakman, R. (2010): Mikro- und Makroskopische Betrachtung der Faszienfunktion. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/2: 14-16
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage. Basel: Beltz

Liem, T. (1998): Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. 2. Auflage. Stuttgart: Hippokrates

Liem, T. / Dobler, T.-K. (2002): Leitfaden der Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer

~~Limbrunner, A. / Bezzel, E. / Richarz, K. / Singer, D. (2001): Enzyklopädie der Brutvögel Europas. Band 2. Stuttgart: Frank-Kosmos~~

Ligner, B. (2006): Verschiedene Ansätze zur Behandlung postpartaler Beschwerden. In: Osteopathische Medizin 7. Jahrg., 2006/1: 4-8

Ligner, B. (2007): Global Listening. Vorlesungsmitschrift WS 2007. Wien: Wiener Schule für Osteopathie. Wien

Ligner, B. (2008): Ernährung. Vorlesungsmitschrift SS 2008. Wien: Wiener Schule für Osteopathie. Wien.

~~Limbrunner, A. / Bezzel, E. / Richarz, K. / Singer, D. (2001): Enzyklopädie der Brutvögel Europas. Band 2. Stuttgart: Frank-Kosmos~~

Formatiert: Englisch (Großbritannien)

Lossing, K. (2002): Visceral Manipulation. In: Ward, R.-C. / Hruby, R.-J. (Eds.). Foundations of osteopathic Medicine. Second Edition: 1078-1093. ~~American osteopathic association Philadelphia~~: Lippincott Williams & Wilkins

Mayer, H. (2001): Pflegeforschung: Elemente und Basiswissen. 2. Auflage. Wien: Facultas

Mayer-Fally, E. (2007): Klinische Osteopathie. Bestandsaufnahme der Klinischen Arbeit in der Osteopathie. Skriptfassung für die Studenten der WSO und dem Master-Kurs an der Universität Krems. Wien

Mayer-Fally, E. (2008): Anamnese. Vorlesungsmitschrift —WS 2007/2008. Wien : Wiener Schule für Osteopathie. Wien

Mayring, Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Basel: Beltz

McConnell, D.G. / Beal, M.C. / Dinnar, U. / Goodridge, J.P. / Jonston, W.L. / Karni, Z. / Upledger, J.E. / Blum, G. (1980): Low agreement of findings in neuromusculoskeletal examinations by a group of osteopathic physicans using their own procedures. In: Journal of the American Osteopathic Association 1980/79/7: 441-450

Formatiert: Englisch (Großbritannien)

- Mitchell, F.-L. / Mitchell, K.-G. (2004): Handbuch der Muskel - —Energie-Techniken.  
Band 1. Grundlagen der MET. Diagnostik und Therapie: Halswirbelsäule.  
Stuttgart: Hippokrates
- Oschman, J.-L. (2009): Energiemedizin. Konzepte und ihre wissenschaftliche Basis.  
2. Auflage. München: Elsevier
- Paoletti, S. (2001): Faszien. Anatomie – Struktur – Techniken – Spezielle  
Osteopathie. -München: Urban & Fischer
- Pingitzer, T. (2008): How often are thrust techniques used in practice. Masterthesis:  
Donauuniversität Krems/ Wiener Schule für Osteopathie-
- Podlesnic, W. (2006): Ecoute – eine allgemeine Diagnosemöglichkeit? Eine  
experimentelle Untersuchung der Verlässlichkeit. Masterthesis:  
Donauuniversität Krems/ Wiener Schule für Osteopathie-
- Prat, D. —(2007): Vorlesungsmitschrift WS 2007. Wien: Wiener Schule für  
Osteopathie. Wien
- Pruiboom, L. / Van Dam, B. (2005): Orthomolekulare Medizin. In: Van den Berg, F.  
(Hrsg.): Angewandte Physiologie. Band 5. Komplementäre Therapien  
verstehen und integrieren: 73-162. Stuttgart: Thieme
- Pschyrembel, W. (2010): Pschyrembel - Online. Klinisches Wörterbuch. Berlin: De  
Gruyter – 2001/02/06 – [www.wdg.pschyrembel.de](http://www.wdg.pschyrembel.de) .
- Riedl, K.H. / Schleupen, A. (2010): Osteopathie in der Frauenheilkunde. München:  
Urban & Fischer
- Rittler, M. (2010): Ist das Global Listening reliabel? Studie zur Intrarater – und  
Interrater-Reliabilität des Global Listening. Masterthesis: Donauuniversität  
Krems/ Wiener Schule für Osteopathie
- Schelten, A. (1997): Grundlagen der Testbeurteilung. 2. Auflage. Stuttgart: Franz  
Steiner
- Scheiterbauer, F. (2010): Faszien. Vorlesungsunterlagen: Osteopathie im Sezierraum,  
SS 2010. Wien: Anatomisches Institut der Universität Wien
- Schleip, R. (2004): Die Bedeutung der Faszien in der manuellen Therapie. In:  
Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2004/1: 10-16
- Schmidt, R.-F. (1998): Neuro- und Sinnesphysiologie. 3. Auflage. Berlin: Springer
- Schöps, P. / Pflingsten, M. / Siebert, U. (2000): Reliabilität manualmedizinischer  
Untersuchungstechniken an der Halswirbelsäule. Studie zur

Qualitätssicherung in der manuellen Diagnostik. -In: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 2000/138/1: 2-7

Schünke, M. / Schulte, E. / Schumacher, U. / Voll, M. / Wesker, K. (2005): Prometheus. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Stuttgart: Thieme

Schwind, P. (2003): Faszien- und Membrantechnik. München: Urban und Fischer

Schwind, P. (2010): Formbarkeit von Faszien und Membranen: Behandlung innerer Brücken im Kontext der Forschung. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/2: 26-30

Shaver, T. (2010): Biodynamics of Osteopathy. Phase 1. Vorlesungsskriptum WS 2010. Bregenz: [Österreichische Gesellschaft für Osteopathie](#)

Silbernagel, S. / Despopoulos, A. (2007): Taschenatlas der Physiologie. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme

Sommerfeld, P. (2000): Inter- und intrasubjektive Verlässlichkeit in der Palpation des *Primary respiratory Mechanism* sowie mögliche Wechselwirkungen mit den Atemfrequenzen der Untersucher und Probanden: Diskussion grundlegender Probleme und experimentelle Untersuchung. Diplomarbeit: [Wien: Internationale Schule für Osteopathie](#). [Wien](#)

Sommerfeld, P. (2004): Methodologie 1. Skriptfassung 2. überarbeitete Version. [Wien: Wiener Schule für Osteopathie](#). [Wien](#)

Sommerfeld, P. (2006): Touching Reliability. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U. / von Kardorff, E. / Steinke, I. (Hrsg): Qualitative Forschung. Ein Handbuch: 319-331. -Hamburg: Rowohlt [Taschenbuch](#)

Strasser, P. (2010): Der virtuelle Patient. In: Die Presse/Spectrum; [2010/05/15: S-I-II](#); [2010/05/15](#)

Strebel, W. / Hebeisen, J. / Schraner, T. / Sidler, S. / Seichert, N. (2005): Inter-Rater Reliabilität der Tastdiagnostik. [Eine kontrollierte und verblindete crossover-Studie zur Objektivität der Tastdiagnostik](#). -In: Verein Arbeitsgemeinschaft Tastdiagnostik. Künten [2011/02/12](#) [http://www.tastdiagnostik.ch/jl/images/pdf/StudieReliabilit%e4t\\_TD.pdf](http://www.tastdiagnostik.ch/jl/images/pdf/StudieReliabilit%e4t_TD.pdf) [www.tastdiagnostik.ch/jl/images/pdf](http://www.tastdiagnostik.ch/jl/images/pdf)

**Formatiert:** Einzug: Links: 0 cm, Hängend: 1,25 cm, Abstand zwischen asiatischem und westlichem Text anpassen, Abstand zwischen asiatischem Text und Zahlen anpassen

**Formatiert:** Schriftart: (Standard) Arial

Unger, F. M. / Viernstein, H. (2009): Die Säure-Basen-Balance. Mein Körper im Gleichgewicht. Stuttgart: Hirzel

Upledger, J. (2000): SomatoEmotionale Praxis der CranioSacralen Therapie. 2. Auflage. Heidelberg: Haug

Upledger, J.-E. -/ Vredevoogd, J.-D. (2000): Lehrbuch der Craniosacralen Therapie. 4. Auflage. Heidelberg: Haug

[Van den Berg, F. \(1999\): Angewandte Physiologie. Das Bindegewebe des Bewegungsapparates verstehen und beeinflussen. Stuttgart: Thieme](#)

Van den Wal, J. (2010): Faszien: Anatomie, Propriozeption, Mediation. Ein Gespräch mit Jaap van der Wal. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/8/1: 24-27

~~[Van den Berg, F. \(1999\): Angewandte Physiologie. Das Bindegewebe des Bewegungsapparates verstehen und beeinflussen. Stuttgart: Thieme](#)~~

Formatiert: Schriftart: 12 pt

Van Trijffel, E. / Anderegg, Q. / Bossuyt, P. / Lucas, C. (2005): Inter-examiner reliability of passive assessment of intervertebral motion in cervical and lumbar spine: A systematic review. In: Manual Therapy 2005/10/4: 256-269

Formatiert: Schriftart: 12 pt

Formatiert: Schriftart: 12 pt

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum: Qualitative Sozialforschung. ~~[Social Research. 2000/1/1](#)~~ – 2010/11/14 – [www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel](#)

Witt, H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: ~~[Forum Sozialforschung qualitative social Research. Volume 2001/2/1](#)~~ – 2010/12/11 – [www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2114](#)

Zeuch, A. (2008): Ärztliche Intuition. Teil 1: Intuition verstehen und als wertvolle Ressource nutzen. In: Zeitschrift Frauenarzt 2008/49/3: 280–283

## Interviewleitfaden

Einleitung:

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen.

Meine Masterthese beschäftigt sich mit dem so genannten „Global Listening“ (GL) - oder wie es auch noch genannt wird → Global Listening Test, Global Ecoute, General Listening.

Das Global Listening wird an der Wiener Schule für Osteopathie als Teilaspekt der osteopathischen Befundaufnahme unterrichtet. Mein Interesse besteht darin, mit Hilfe von Experteninterviews, Erfahrungswerte im Umgang mit dem Global Listening in der osteopathischen Praxis einzufangen um daraus Schlussfolgerungen für den Stellenwert des Global Listening innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zu ziehen. Dies könnte dann auch eine Relevanz für die Unterrichtsgestaltung in der Ausbildung zum Osteopathen haben.

### 1 Einstiegsfragen

#### 1.1 Zum Thema Begriffsklärung

Was verstehen Sie unter dem Begriff „Global Listening“
--

Wichtig:

Evt. nachfragen:

Wenn ich noch einmal zusammenfassen darf haben Sie das G.L. folgendermaßen definiert → JA oder NEIN

Falls NEIN: Könnten Sie es noch einmal definieren.

ODER:

Sie haben den Begriff „G.L.“ bis jetzt kaum verwendet.

Welchen Begriff verwenden Sie?

ODER → Welcher Begriff würde Ihnen besser gefallen?

ODER → Welcher Begriff würde Ihnen passender erscheinen?

## 1.2 Zum Thema Stellenwert

Welche Bedeutung schreiben Sie dem G.L. innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zu?

Antwort abwarten → es handelt sich hierbei um eine allg. Frage zum Thema Stellenwert

SUBFRAGE:

→ und innerhalb Ihrer Befundaufnahme?

Mögliche Antworten bzw. dann Zusatzfragen von mir:

- Das G.L. mache ich immer
- Das G.L. mache ich immer am Anfang und am Ende – dient der Evaluierung der Behandlung
- Das G.L. mache ich nur bei Bedarf → z.B.: hängt vom Patienten ab, von der Anamnese,... → falls keine Antwort zu diesem Themenfeld dann →

Nachfragen:

- Von welchen Faktoren hängt es ab ob Sie das G.L. machen?
- Wie viel Zeit verwenden Sie für das G.L.?
- Haben Sie innerhalb der Befundaufnahme eine bestimmte Reihenfolge in der Sie bestimmte Tests wie z.B.: das G.L. durchführen?

## 2 Problemfragen (Hauptteil)

### 2.1 Zielsetzung des Global Listening

Mit welcher Zielsetzung führen Sie das G.L. durch?  
ODER Welche Zielsetzung verbinden Sie mit dem G.L.?

Mögliche Antworten:

- Gibt erste Hinweise auf mögliche Spannungszentren im Körper
- Hilft bei der Unterscheidung ob eher im strukturellen System oder / und visceralen System oder/und Craniosacralen System eine Dysfunktion vorliegt
- Beeinflusst das weitere Vorgehen innerhalb der Befundaufnahme, d.h. daher werden bestimmte Tests gemacht bzw. nicht mehr gemacht
- Dient eher der Kontaktaufnahme zum Patienten und beeinflusst das weiter Vorgehen innerhalb der Befundaufnahme kaum
- Es dient der osteopathischen Diagnosestellung → erste grobe Einschätzung von möglichen Dysfunktionen z.B.: Organe des re Oberbauchs... ODER ziehen Sie genaue Rückschlüsse auf Dysfunktionen einzelner Organe?

Subfrage:

Gibt es für Sie Organdysfunktionen die mit GL leichter feststellbar sind als andere?

Wenn diese Antworten nicht kommen, dann mit folgender Frage konkret nachfragen:

Inwieweit hilft Ihnen das GL bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose?

Vertiefende Frage:

(falls bis jetzt keine Antwort zum Thema Evaluierung der Behandlung gekommen ist – siehe Frage zum Thema Stellenwert)

Inwieweit dient das GL auch der Evaluierung der Behandlung durch, d.h. führen sie das G.L auch zur Überprüfung der Wirksamkeit der osteopathischen Behandlung durch?

Mögliche Antworten:

- Machen Sie es immer am Beginn und am Ende der Behandlung?

- Machen Sie es am Beginn jeder Behandlung und überprüfen Sie damit den Verlauf der Behandlungen?
- Machen Sie es nur am Beginn der ersten Behandlung und dann nicht mehr
- Machen Sie es nur manchmal – d.h. nicht bei jeder Behandlung aber immer wieder → falls das der Fall ist, von welchen Faktoren hängt das ab?

## 2.2 Durchführung des GL

Wie führen Sie das GL in der Praxis durch?  
 Bezogen auf die Ausgangsstellung des Patienten – die Handhaltung und Ausgangsstellung des Therapeuten.

Mögliche Zusatzfragen zum Thema Ausgangsstellung des Patienten:

- Welche Ausgangsstellungen des Patienten bevorzugen Sie dafür?
- Führen Sie das GL bei jedem Patienten in derselben Ausgangsstellung durch oder variiert dies von Patient zu Patient?
- Gibt es Faktoren die ausschlaggebend für die Wahl der Ausgangsstellung des Patienten sind?
- Inwieweit geben Sie genaue Instruktionen an den Patienten bzgl. der Ausgangsstellung?
- Das GL wird ja auch in der Literatur so beschrieben, dass es in der Ausgangsstellung Stand und in der Ausgangsstellung Sitz durchgeführt werden soll.
- Wie wählen Sie diesbezüglich. Ihre Vorgehensweise?
- Gibt es Situationen in denen Sie das GL nur in der Ausgangsstellung Stand bzw. in der Ausgangsstellung Stand und Sitz durchführen. Wovon hängt Ihre Entscheidung diesbezüglich. ab?
- Welche sonstigen Ausgangsstellungen des Pat. wählen Sie noch für das GL?

- Unterscheidet sich Ihr Vorgehen bzgl. Ausgangsstellung des Patienten heute von dem am Beginn Ihrer osteopathischen Tätigkeit?
- Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach Ihr Vorgehen im Laufe der Zeit beeinflusst und somit verändert?

Mögliche Zusatzfragen zum Thema Handhaltung und Ausgangsstellung des Therapeuten?

- Welche Handhaltung bevorzugen Sie und wie wählen Sie dazu Ihre Ausgangsstellung für das Global Listening?
- Kennen Sie auch noch andere Handhaltungen und Ausgangsstellungen - wenn JA welche und haben Sie diese ebenfalls ausprobiert? (Beispiel: 1 Hand am Kopf und Unterarm parallel zur Wirbelsäule – Therapeut steht direkt hinter dem Patienten ; 1 Hand am Kopf und 2 Hand am Sacrum- Therapeut steht seitlich hinter dem Patienten ; 1 Hand am Kopf und 2 Hand im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule – Therapeut steht seitlich hinter dem Patienten)
- Verwenden Sie immer ein und dieselbe Handhaltung und Ausgangsstellung?  
Falls NEIN → Von welchen Faktoren hängt es ab wie Sie Ihre Handhaltung und Ausgangsstellung wählen?  
Falls JA → Wie sind Sie zu der jetzigen Handhaltung und Ausgangsstellung gekommen?  
ODER –
- Warum verwenden Sie genau diese Handhaltung und Ausgangsstellung?
- Welche Handhaltung und Ausgangsstellung haben Sie zu Beginn Ihrer osteopathischen Tätigkeit verwendet?
- Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach die Wahl ihrer Handhaltung und Ausgangsstellung beeinflusst?
- Wie viel Druck üben Sie mit Ihren Händen aus?

- Variiert der Druck Ihrer Hände von Patient zu Patient? - Wovon hängt das ab?

### 2.3 Zum Thema Ausbildung:

Wie wurde das GL in Ihrer Ausbildung zum Osteopathen vermittelt?  
Beschreiben Sie bitte kurz wie das GL bei Ihnen gelehrt wurde.

Ich möchte mit dieser Frage herausfinden inwieweit das G.L. ein eigener Part im Unterricht war, oder zwischendurch unterrichtet wurde – wenn es zeitlich gepasst hat bzw. wenn eine entsprechende Frage dazu gestellt wurde

In gleicher Art und Weise bzgl. Durchführung unterrichtet wurde oder von jedem Vortragenden eine neue Variante der Ausgangsstellung des Pat und / oder eine neue Ausgangsstellung des Therapeuten gezeigt wurde

Zwar in gleicher Art und Weise unterrichtet wurde, aber die Interpretation der Ergebnisse von Vortragendem zu Vortragendem unterschiedlich war

Innerhalb der Befundaufnahme als fixer Bestandteil unterrichtet wurde, z.B.: es wird zu Beginn und am Ende jeder Therapie durchgeführt, ODER nur zu Beginn der Therapie durchgeführt,

Bzw. das Wissen zum GL Sie sich auch noch aus anderen Bezugsquellen, als aus dem Unterricht, angeeignet haben z.B.: aus Büchern, von Kollegen,...

#### **Änderungsideen**

Wenn Sie aus Ihrer jetzigen Situation auf die Ausbildung zurück blicken, so ist meine Frage nun dahingehend: (bezogen auf die Praxis)

Welche Anregungen haben Sie für das Vermitteln des G.L. im Rahmen der Ausbildung?  
bezogen auf die Theorie

### 3 Fragen zu soziodemographischen Daten

Geschlecht: w  m

Alter:

Wo haben Sie die Ausbildung zum Osteopathen absolviert?

WSO  Andere:

Von wann bis wann haben Sie die Ausbildung absolviert?

Von..... bis .....

Seit wie vielen Jahren sind Sie als Osteopath tätig? .....Jahre

Haben Sie nach Ihrer Ausbildung noch Zusatzausbildungen im Rahmen der Osteopathie absolviert?

JA  Nein

Welche:

Was ist Ihre Grundprofession?

Arzt  Physiotherapeut  Sonstige:.....

## **Global Listening – a test with many facets**

This master thesis studies the questions in how far the “Global Listening” is used in everyday osteopathic practice in the course of an osteopathic examination, which aims are pursued with the “Global Listening” and in particular how practitioners carry out and interpret this test in their practice. Even though the “Global Listening Test” is not sufficiently verified regarding its reliability and validity – a reliability study about the standing position as basic position demonstrated a coincidental correlation (cf. Rittler 2010) – this test found its way into the relevant osteopathic literature and is taught in institutions of osteopathic training like the Vienna School of Osteopathy (Wiener Schule für Osteopathie). A literature research on the topic “Global Listening” and osteopathic examination produced a multitude of different explanations regarding the aims, execution and interpretation of the test. Preliminary discussions with fellow osteopaths also indicated that their approaches differ to a great extent. It seemed that the individual experiences of each osteopath have a big influence on both the aims and execution of the test, as well as on the interpretation of the findings. Considering the fact that osteopathy does not want to be seen as an alternative to conventional medicine but rather would like to find its place as integrated part of the health care system (cf. Mayer-Fally 2007), a critical evaluation of its methods and diagnostic tools and procedures is indispensable. Since the “Global Listening” is counted among the five most important examination tools and among those actually ranks second (cf. Krönke 2006, Biberschick 2010), this master thesis wants to take a closer look on the complexity of this subtle osteopathic test. So far there are no concrete studies on this topic available. Thus the present study wants to evaluate the aims, execution and interpretation of the “Global Listening” from an osteopathic perspective in the course of the patient examination. Additional research questions looked at the initial position of both the patient and the practitioner, the hand position of the practitioner and the criteria according to which the findings are interpreted.

The Global Listening is an examination tool which is often used in everyday osteopathic practice even though different opinions can be found in the osteopathic literature concerning its concept, aims, aspects of execution and interpretation of findings. From a theoretical point of view, the common denominator of these differing opinions is that the Listening Tests, which comprise the “Global Listening” and the

“Local Listening”, are carried out for diagnostic purposes. The “Global Listening” (cf. Ligner 2007, Liem/Dobler 2002) is also often named “General Listening” (cf. Hinkelthein/Zalpour 2006, Lossing 2002) or “Écoute Global”/“Globaler Écoute” (cf. Barral 2005, Barral/Mercier 2005) – sometimes these terms are tagged with the word “test” as in “Global Listening Test” and “Écoute Test” (cf. Liem/Dobler 2002, Dunshirn 2006, Croibier 2006, Paoletti 2001). The “Global Listening” “[uses] [...] *changes of the tension in the body’s fascias for establishing a local diagnosis*” (Hinkelthein/Zalpour 2006:13), i.e. with the aid of these tests the osteopath tries to identify altered fascial tensions, tiniest motion signals of the body (cf. Barral 2005, Burch 2003, Croibier 2006, Paoletti 2001), which facilitate the localization of somatic dysfunctions.

### **Theoretical explanation models**

In this context the theory of fascia, the tensegrity model and haptic perception are central explanatory models. Their basic concepts and fundamental principles form the basis of this paper together with test-related theoretical aspects.

#### Fascial system

The term “fascia” (Latin: band, bandage, fillet) comprises different kinds of fibrous connective tissue (cf. Schleip 2004). A close look at the anatomical build-up shows that the fascias in the body form an uninterrupted, continuous system which has a sensory innervation and is connected with the autonomic nervous system (cf. Schleip 2004, Van den Wal 2010). In the context of the “Global Listening” concept Paoletti (2001) describes that with the aid of their palpation practitioners are able to detect disturbances on the fascial level. However, this is only possible if there actually is a structure within the human body, which links all big systems of the human body (parietal system, visceral system, cranio-sacral system) with each other as described by Lossing (2002): *“One diagnostic technique (general listening) uses a fascial continuity model [...]. Bones, muscles, blood vessels, and viscera are seen as tissues stuffed in an three-dimensional covering, the fascia. The fascia is tighter in an area of abnormal mechanical tension, and pulls into that location”* (Lossing 2002:1079). The totality of the connective tissue in the body, which the fascias form part of, originates from embryonic connective tissue so that, in fact, there is no need to differentiate between connective tissue and fascia (cf. Kwakman 2010). Fascias

consist of *“mainly a tight network of collagen fibres (plus a small amount of elastic and reticular fibres), fibroblasts and other cells as well as a water-binding ground substance”* (Schleip 2004:10). Between these elements and the vessels there is a permanent exchange of fluids, which means that the fascial system plays an important role in the water balance of the human body (cf. Scheiterbauer 2010). They enclose the immediate environment of each cell and thus have a direct or indirect influence on the cell metabolism. This means that pressure and/or tensions – which can originate outside or inside the body – can influence the cells’ functions both in a positive or negative way (cf. Fossum 2003). Therefore the fascial system is one of the biggest functional systems in the human body, linking each part of the body and influencing each cell, including brain cells, nerves, muscles, soft tissues, blood vessels, bones and organs (cf. Fossum 2003, Paoletti 2001, Van den Wal 2010). Together with the supporting tissues, bones and cartilage, which Fossum (2003) also counts as part of the fascial system, the connective tissue forms the main tissue of the human body, accounting for 30% of the body weight (cf. Kwakman 2010). Since the connective tissue participates in forming the body cavities during embryological development and represents the basic tissue of the various organs, it can also be called “organ of form”, which enables the individual components of the body to take on a relatively stable, three-dimensional basic order (cf. Scheiterbauer 2010, Schwind 2010). In addition, one can differentiate between connective tissue (fascia) which “creates room for movement” and connective tissue (fascia) which establishes “tight connections”. *“This is about forming the intercellular space, e.g. when the coelom, the body cavities and the joints”cavities”, where movement is possible due to spatial separation. [...], such epithelia are more or less dependent on continuous movement. This can be observed in the case of fascial layers like the peritoneum or pleura, which form adhesions once the movement of the involved structures and organs is absent”* (Van den Wal 2010/1:27). Thus the connective tissue, i.e. the fascias, continuously adapt to the functional stresses of everyday life. Another function of the fascial system is that as a “sense organ” since the fascias have many nerve endings which react to mechanical push and pull. They have a proprioceptive function like the mechano-receptors of the muscles, and are important for the coordination of the activity of the central nervous system (cf. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003, Van den Wal 2010). More recent scientific knowledge indicates that the fascias contain contractile cells which could be evidenced

histologically and which behave like smooth muscle cells and are linked with the sympathetic nervous system (cf. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003). This means that, on the one hand, the autonomous nervous system receives information from the periphery via the free nerve endings; on the other hand, it can have an influence the tension of the fascial system through the contractile cells within the fascias themselves. This basic anatomical knowledge seem to be important in this context because the aim of the “Global Listening” is to perceive changes in the body’s fascial tension.

#### Tensegrity model

The network of fascia is increasingly viewed as “tensegrity” structure which is characterized by a network of continually linked tension elements (cf. Schwind 2003). This model contains solid and elastic elements and represents a three-dimensional “space puzzle”. If an external force acts on the structure, the whole system reacts and the force is distributed within the system. The model originally was established in the field of architecture and was first applied to the human organism by Ida Rolf. It contains interesting aspects regarding osteopathic examination and therapeutic intervention because according to this model it seems comprehensible that complaints are perceived at a specific location of the body but can have their cause at a very different site since the forces acting on the human body are distributed within it in a three-dimensional way. Therefore it makes sense to use a tool in the course of an osteopathic examination that contacts the totality of the fascial system through manual touch. This can be done with the aid of the “Global Listening” method since this method is applied with the aim to get a first impression of local tension centres in the body of the patient (cf. Liem/Dobler 2002).

#### The sense of touch from a perceptual psychology perspective

*“The sensibility of the individual to the world adjacent to his body by the use of his body will here be called the haptic system. The word haptics comes from a Greek term meaning “able to lay hold of”. It operates when a man or animal feels things with his body or its extremities”* (Gibson 1982:97). Through haptic perception individuals have the possibility not only to gain information about their environment but also about their own body (cf. Gibson 1982). Grunwald/Beyer (2001) describe the sense of touch, or haptic perception, as follows: it conveys *“to us the mechanical stimuli*

*acting on our body surface and information about the texture of the object we explore with our palpation*" (Grunwald/Beyer 2001:25). The tactile perception forms part of the somato-sensory system and is responsible for perceiving texture, warmth, cold and pain (cf. Guttman 1982). In the context of haptic perception superficial sensations and deep sensations (proprioception) are differentiated, which involve a number of different receptors and nerve endings (cf. Schmidt 1998, Silbernagel/Despopoulos 2007, Grunwald/Beyer 2001). There is no adequate parallel system for the tactile system of the human organism, which means that for both man and animals it is the most important sensory system. It can be seen as the basic foundation for detecting fascial tensions with the aid of the practitioner's hands like it is the case when a "Global Listening" is carried out (cf. Grunwald 2009). Thus haptic perception is the basis of everyday practice of every practitioner who works manually. It is trained and refined on an everyday basis through the therapeutic contact with patients. Thus one can infer that the palpatory perception differs from individual to individual. Therefore it is not surprising that the haptic perception of blind people is particularly well developed because it enables them to form a mental picture of their physical environment. Heller/Ballesteros (2006) point out that conscious and unconscious experiences are important for the development of haptic recognition. This means that years of training are necessary in order to perceive and recognize the most subtle information with the aid of "Global Listening" (cf. Croibier 2006, Paoletti 2001).

#### Reliability and validity of manual diagnostic procedures

The term reliability refers to the trustworthiness of a measuring method and is characterized by the reproducibility of the measurement results under the same or similar conditions (cf. Fröhlich 2010). The reliability is higher the smaller the number of possible measurement errors is (cf. Bortz/Döring 2006). Ideally, the situation would be that *"the test is able to determine the true value [of a test result] without any measurement error [...]"* (Bortz/Döring 2006:196). *"This ideal case never occurs in practice because error-generating influences through situational disturbances"* (Bortz/Döring 2006:196), through the persons themselves, which are constantly subject to adaptations both in a physical and mental way, can never be excluded (cf. Rittler 2010). Thus the required completely identical test conditions can never be realized (cf. Rittler 2010). An additional problem is the communication of what has

been perceived in the context of the objectivity of manual test methods (cf. Sommerfeld 2000, 2006). In this respect one has to ask the questions in how far manual diagnostic methods can be used for examining patients, establishing findings and choosing the appropriate therapy and how the reliability and validity of these test methods can be improved. In general, functional examination tools – among which the Listening Tests are counted – are seen as tests which only have a small reliability and validity. The same holds for so-called structural tests, including e.g. manual tests of the vertebral column, since they also have shown a weak or marginal inter-operator reliability (cf. McConnell et al. 1980, Gemmell/ Miller 2005, Hawk et al. 1999, Schöps et al. 2000, Van Trijffel et al. 2005). In his master thesis about “Local Listening” Podlesnic (2006) points out that a preliminary consent training of the operators would have improved the inter-operator and intra-operator reliability as evidenced by Degenhardt et al. (2005). Thus a detailed specification of test procedures is necessary to reduce sources of errors as best as possible and to improve the reliability of manual diagnostic methods.

Besides the aspect of reliability also the validity of manual diagnostic methods plays an important role and is part of the test objectivity (cf. Schelten 1997). The term objectivity refers, on the one hand, to the objectivity of execution and analysis, which are important for the reliability, and, on the other hand, to the objectivity of interpretation, which is important for the validity. Statements on the basis of test results should be independent from the person who is carrying out the examination otherwise the test cannot be regarded as valid (cf. Bortz/Döring 2006, Schelten 1997). For the “Global Listening” method this means: one and the same perception should be interpreted in the same way, independent from the practitioner. Along the same lines, one and the same perception should lead to the same structure in dysfunction. The interpretation of the perception is an important process within the “Global Listening” procedure and the objectivity of interpretation is an essential precondition for the validity of the test method (cf. Schelten 1997). *“If statements that are made on the basis of test results are dependent on the person who interprets the test results, the test cannot provide good or in other words valid results”* (Schelten 1997:124).

## **Methodology**

A theory-generating qualitative approach was chosen to investigate the research question. In this context the method of problem-centred interviews (PCI) according to Witzel (2000) was used. This involved partly structured questions to the interview partners based on interview guidelines, which represented the “red thread” through the interview and which focused on the research topic as intended in a problem-centred interview. Thus the results could be relatively well analyzed and compared (cf. Mayring 2002). A total of twelve osteopaths based in Vienna and Lower Austria, who underwent their osteopathic training at the Vienna School of Osteopathy (Wiener Schule für Osteopathie) were interviewed. The interviews were all carried out within a limited period of three months between October and December 2008. Subsequently, the interviews were transcribed and analyzed on the basis of the method of qualitative content analysis according to Mayring.

## **Presentation of results**

The analysis produced a total of 19 main categories which were summarized into five fields – terminology, importance within the examination process, aim, execution and interpretation.

Regarding the use of the terminology the analysis showed that in the osteopathic practice the terms “Global Listening” (six mentions), “General Listening” (three mentions) and “Écoute Global” (one mention) are used prevalently, which correlates with the practice in the relevant osteopathic literature.

Similarly to specialized osteopathic books seven interview partners explain that the “Global Listening” has a diagnostic aim in the context of the process of an osteopathic examination. This means that the practitioners want to gain a first impression of the patient’s tissues with their hands, while they are in a passive mode, in the mode of listening (cf. Barral 2005, Burch 2003, Croibier 2006, Paoletti 2001). Regarding the importance of the “Global Listening” in the everyday osteopathic practice, six of the twelve interviewees indicated to use the test regularly, while the other six interview partners explained to use the test under certain circumstances, when certain criteria are met on the occasion of the first contact with the patient. This high importance coincides with the results presented in the master theses of Krönke

(2006) and Biberschick (2010). Regarding the reasons and motives for an irregular use of the “Global Listening” the following arguments are brought forward: complex findings versus specific symptoms (three mentions), intuition (two mentions) and the aspect of screening (one mention). The subgroup “complex findings versus specific symptoms” shows that the interviewees use the “Global Listening” as overview test more frequently the more complex a patient’s symptoms are, i.e. the more complex the overall clinical picture of the patient seems to be. The more specific the symptoms are the more likely this overview test is omitted (three mentions). The subgroup “intuition” resorts to the knowledge of the research about mirror neurons of the neurobiologist Rizzolatti (cf. Jung 2006, Zeuch 2008). Intuition is a meta-competence which is helpful in establishing a successful doctor – patient relationship and in finding a diagnosis (cf. Zeuch 2008). Interesting considerations concerning the screening methods used in primary and secondary prevention could be found in works by Strasser (2010), which also can be transposed to osteopathic screening methods. Further, it was interesting to evaluate in how far the “Global Listening Test” influences the practitioner’s own examination process. Eight of the interviewees stated that the result of the “Global Listening Test“ would definitely influence their subsequent steps in the examination process, while three interview partners indicated that the result only conditionally influences the subsequent examination approach. It became clear in the first group that the result of the “Global Listening” is very important for them because it alters the examination process in such a way that subsequently e.g. further specific tests are carried out, which are specifically adapted to the results of the “Global Listening”, or further, more detailed questions are asked or the information of the case history is reconsidered and analyzed if certain questions have been forgotten. This is a particularly interesting aspect which is not mentioned in this specific way in the literature. In the case of the second group no particularly high importance of the “Global Listening” in the examination process could be deduced since for them the results of this listening test influence their further examination only under certain circumstances or not at all and they analyze and evaluate the results of all the tests they have carried out in the course of their examination process only at the end of this process.

The question what are the aims of the “Global Listening” in the osteopathic examination process from an osteopathic perspective, produced some interesting

results. Like in the osteopathic literature (cf. Barral 2004, Barral 2005, Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2006, Lossing 2002, Mayer-Fally 2007, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010) the interviewees list the following five aims of the “Global Listening”: perception of fascial tension (seven mentions), identification of lesions / problem zones (four mentions), identification of the levels in the body which are affected by a dysfunction (four mentions), establishing contact with the tissues (two mentions) and the formulation of an osteopathic diagnosis (five mentions). An analysis of the relevant literature focused on the term ‘somatic dysfunction’ which replaced the until then prevailing term ‘osteopathic lesion’ in 1973, and explained it in more detail since several interviewees indicated the identification of lesions / problem zones as one of the aims of the listening test. According to the literature a somatic dysfunction can be a primary problem or “[...] *it can be the secondary consequence of psycho-emotional or visceral complaints, or other somatic dysfunctions or structural anomalies of the body*” (Mitchell/Mitchell 2004:46). Fossum (2003) has a more comprehensive perspective. For him “*the relationship between the fluids, fascia and bones (is) symbiotic for the body’s function and the musculoskeletal and visceral systems (are) simply a part of the whole.*” (Fossum 2003:4). Thus the term ‘somatic dysfunction’ can be applied to any joint-like tissue, and in this context ‘joint’ does not mean only anatomically defined joints but all tissues which can have an altered mobility or reduced flow and thus a reduced function and which can be detected through manual osteopathic examination. The statements of the interviewees showed that the term ‘somatic dysfunction’ has hardly found its way into everyday osteopathic practice yet, even though the majority of the interview partners try to identify dysfunctions with the aid of the “Global Listening”. These dysfunctions are then attributed to the different body levels that are well-known in the literature: e.g. parietal, visceral, cranio-sacral or psycho-emotional level (cf. Barral 2004, Barral 2007, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2006, Paoletti 2001, Upledger 1999). What was new was the aspect that the practitioners used the “Global Listening” to identify dysfunctions on the so-called fluid level and/or hormonal level (one mention). Explanatory models in this context can be found in the research of fascias (cf. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003), on the basis of which one can assume a link between the state of the fascias and the body levels mentioned by the interview partners. A respectful and loving attitude of the osteopath is necessary to

take up contact with the tissues of the patient; even though this aspect receives a lot of attention in the osteopathic literature only two osteopaths mentioned it in the interviews (cf. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem 1998, Paoletti 2001, Riedl/Schleupen 2010). Regarding the aim "formulating an osteopathic diagnosis" (five mentions) two interviewees indicated that the "Global Listening" is one of many elements in the process of an osteopathic examination. This means that both osteopaths consider the test helpful in establishing a diagnosis. Both statements are reflected in the osteopathic literature (cf. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001), however, they are opposed to the statements of three other interview partners who explain that the result of the "Global Listening" influences the procedure of their own examination process but they do not consider them helpful in formulating an osteopathic diagnosis. In this context one interviewee prompted an interesting discussion. He argued that the "Global Listening Test" would not be scientific enough and thus he would only attribute minor importance to it within the examination process in comparison with the so-called mobility tests. This statement cannot be supported by neither the results of a study evaluating the reliability of manual methods of diagnosis (cf. McConell et. al 1980, Gemmell/Miller 2005, Hawk et. al 1999, Schöps et. al 2000, Van Trijffel et. al 2005) nor by any statement from the osteopathic literature concerning the aspect of examination and examination findings. The osteopaths mentioned the following new aims in the interviews: the "Global Listening" is used as decision-making aid with regard to the therapeutic approach (six mentions), as a means to evaluate the current mental and physical state of the patient (three mentions), to re-evaluate after treatment (eight mentions), to test for food intolerances or to evaluate the midline (one mention each). First, the aims that have been mentioned by several persons will be discussed: three interviewees explained that the "Global Listening Test" would be a diagnostic tool which would enable them to evaluate the physical and psycho-emotional well-being of the patient during or after an osteopathic treatment. Further, six interview partners explained that the result of the "Global Listening" would help them to decide what therapeutic approach to choose and/or what treatment techniques to apply. However, in this context, it has to be emphasized that three of the twelve interviewees held a different opinion and explained that the "Global Listening" did not have an influence on their therapeutic approach. It was interesting to find out that eight interview partners use the "Global Listening" as re-evaluation instrument during and at the end of a

treatment. In the field of structural osteopathy the aspect of re-testing by means of manual mobility tests is a well established integrated practice (cf. Greenman 2000). Evidence for a similar approach in the field of cranio-sacral or visceral osteopathy can be found also in the osteopathic literature although tests for the purpose of re-evaluation are not listed explicitly (cf. Barral/Mercier 2005, Liem 1998, Liem/Dobler 2002). The interviewees pointed out that the precondition is that the “Global Listening Test” provided a clear result in order to use it as re-evaluation instrument. In this context various factors determine whether the “Global Listening” is used on a regular basis by the interviewees or whether they use it as and when required. Regarding the aims that were mentioned only by one person, the aim of assessing the midline was explained by means of considerations of the field of biodynamic osteopathy, which was founded by Jim Jealous. In her master thesis Dunshirn (2006) points out that with the aid of the “Écoute Test” an impression of the patient’s midline can be gained relatively quickly; as regards the evaluation of food intolerances the explanation was based on considerations of the research of fascia (cf. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003). According to this it seems to be imaginable that food intolerances and/or eating disorders, which represent situations of stress for the body, can subsequently lead to an altered tension in the fascial system.

Regarding the osteopathic perspective of how the “Global Listening” is executed in the course of an osteopathic examination, it has to be pointed out, first of all, that the approaches differ from practitioner to practitioner. Overall a broad individual spectrum could be observed among the interviewees and their way of executing the “Global Listening”. This great variety is also reflected in the differing descriptions of the approach in the osteopathic literature (cf. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007).

Most of the interviewed practitioners choose the standing position (eleven mentions) as standard position for carrying out the “Global Listening” in their everyday osteopathic practice, followed by the supine position (nine mentions) and the sitting position (four mentions). In addition, the “Global Listening Test” is often carried out in more than one position, usually in the combination standing/supine position, more rarely in the combination standing/sitting position and only in exceptional cases in the

combination sitting/supine position. The osteopathic literature emphasizes that the standing and sitting positions are the positions of choice for the “Global Listening”, while the supine position should be avoided for a “Global Listening” (cf. Barral 2005). The supine position is reserved for the so-called “Local Écoute Test” or “Segmental Écoute Test” (cf. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001). For Paoletti (2001), however, also the supine position is acceptable for a “Global Écoute Test”. These different uses of terminology (Global Listening, Local Listening, segmental Écoute, etc.) and different descriptions in the relevant osteopathic literature might contribute to a certain confusion among osteopaths when it comes to this kind of tests. Thus it seems to make sense to clarify and define the terms and their use in the osteopathic community. The standing position has certain common features: the patients are facing forward (eleven mentions), they have to close their eyes (nine mentions) and the legs need to be apart between hip-width and pelvis-width (nine mentions). Neither the osteopathic literature nor the statements of the interview partners specify the requirements of balance and the size of the support area which is given through the width of the feet. This aspect is even more surprising since balance reactions increase when the persons close their eyes (cf. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000) and can distort the results of the “Global Listening”. As regards the sitting position the only aspect that is worth mentioning is that the lower legs of the patients should hang freely over the edge of the table, while in the supine position the patients should lie as relaxed as possible. The position of the arms and hands in the supine position does not come to the fore, even though it implicates some interesting aspects with regard to inhibition tests (cf. Barral 2005, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002).

Similarly, a big individual spectrum regarding the position of the practitioners' body and hand positions could be observed. The smallest common denominator for the standing position is that eleven interview partners place one hand on the head of the patient. However, if and where they also put the second hand on the patient's body, differs considerably from individual to individual. All interviewees agree that the practitioner's position should be as relaxed as possible. They have a similar attitude regarding the supine position where the practitioners have the possibility to contact the patients at the level of their feet (back of their feet), the abdomen, the sternum, the shoulders or the head. Neither an analysis of the relevant osteopathic literature

nor the interviews produced any information as to whether the practitioners' hand position and the fact that either one or two hands are used are relevant for the execution of the "Global Listening" or for the haptic perception of the therapists.. However, the literature contains statements on the basis of which one can deduce that a listening can be carried out anywhere in the body (cf. Barral 2005, Paoletti 2001). Therefore, it does not seem to be important where the osteopath takes up contact with the body of the patient.

In addition to the above-mentioned aspects the interviewees were asked about other specific characteristics of their listening like the specific hand contact (contact pressure of the hand, etc.), the duration of their "Global Listening" and at what moment during the examination they would execute the test. Regarding the specific hand contact most of the interviewees take up a gentle contact with their hand on the patient, which probably corresponds to the descriptions of Hinkelthein/Zalpour (2006). Concerning the contact pressure of the hand the specifications in the osteopathic literature, which range between 10 to 30 grams, correlate mostly with the statements of the interview partners (ten mentions). As regards the duration of the listening the statements varied like the descriptions in the relevant literature between exact indications of seconds or general statements. According to the interviewees the duration varies between one to five seconds (seven mentions), between five to 20 seconds (four mentions) up to a few minutes (one mention). However, in this context the question arises in how far a "Global Listening" that lasts for a longer period of time – like the latter category – does not become a treatment or distorts the result of the "Global Listening", i.e. leads to a misinterpretation of the result. Concerning the question when the "Global Listening" is executed during the examination process, the osteopathic literature specifies that the test should be carried out after the case history, the observation and palpation in the standing position. Croibier (2006) points out that the "Global Listening Test" should be carried out before the mobility tests because they are more invasive and temporarily disturb the deep balance of the tissues. Based on the statements of the interviewees no uniform approach can be deduced. However, a tendency could be observed, i.e. six interviewees use the "Global Listening" before the general mobility tests in the standing position, three interviewees use it in a variable way and three interviewees use it deliberately after the mobility tests. Paoletti (2001) and Croibier (2006) emphasize that the use of the

“Global Listening” requires a special quality of haptic perception and that it takes years of experience to be able to perceive and interpret ever more subtle information from the tissues. This coincides with the statements of eight interview partners who mentioned experience in practice and the influence of additional continuous professional training courses as key factors. Regarding the inter-operator and intra-operator reliability it would be desirable if the test procedure was partially standardized, even though Rittler (2010) could not observe an improvement of the reliability in her master thesis despite consent training. The same holds for the test objectivity which is an important aspect of the validity of a procedure (cf. Schelten 1997). In the case of the “Global Listening” mainly the objectivity of execution and objectivity of interpretation are important. Thus factors which impair the reliability and validity should be avoided as best as possible and the criteria concerning the execution of the test should be more precisely defined. In particular the initial position of the patient, the hand contact of the practitioner, the duration and the moment of execution seem to require a more precise definition. An analysis of the relevant literature and the statements of the interviewees showed that other aspects like whether the practitioner takes up contact with the patient with one or two hands and where the contact is established seem to play a minor role for the objectivity of the test.

On the subject of the objectivity of the test the question arises how and according to which criteria the “Global Listening” is interpreted from an osteopathic perspective in the context of an osteopathic examination. In this context five relevant areas emerge which, on the one hand, comprise interpretations concerning familiar levels of dysfunction like the parietal level (five mentions), the visceral level (eight mentions), the cranio-sacral level (five mentions), the psycho-emotional level (two mentions) and, on the other hand, a new level of dysfunction which was labelled “dysfunctions in the fluid systems” (three mentions).

As regards dysfunctions in the parietal field the statements of the interviewees coincide with those in the osteopathic literature, comprising perceptions such as extension and/or side-bending (cf. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem 1998, Ligner 2007, Prat 2007). Concerning dysfunctions in the visceral field the literature describes perceptions such as flexion,

rotation, standing upright and side-bending as relevant interpretations (cf. Hinkelthein/Zalpour 2006). The authors attribute those qualities in different combinations to the relevant organ. One and the same combination can be attributed to different organs (cf. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Prat 2007). The above-mentioned perceptions coincide with the statements of four interview partners. However, four other interviewees describe perceptions that completely differ from those described in the literature, which help them to deduce dysfunctions that affect the viscera. One interviewee said, for instance, that in the context of a kidney shock the patient's body would move in a shape like the letter "C", another interview partner explained that during the "Global Listening" he had the feeling that everything in the body would rotate like a spiral. In the context of the viscera one osteopath described perceptions such as congestion which allow to draw conclusions concerning the fluids. All these statements are subjective perceptions of the individual osteopath. It seems that the osteopaths in question have their own reference system regarding the interpretation of the results of the "Global Listening". This broad individual interpretation range can also be found in the osteopathic literature. Only flexion can be recorded as generally valid perception. Concerning the cranio-sacral field the literature describes qualities such as "sinking in" or "being pulled inwards" (cf. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002). These perceptions did not meet with agreement among the interviewees. However, five interview partners describe perceptions such as "flickering", "rocking" and "rotating", which point towards the central and autonomous nervous systems. Similarly, the osteopaths also try to assess the state of the cerebrospinal fluid and the quality of the cranial membranes. Since the perception and interpretation of these elements is very individual, no common recommendations as regards the interpretation in the cranio-sacral field could be deduced. As regards dysfunctions on the psycho-emotional level the osteopathic literature contains descriptions such as "toppling over", which comprises, on the one hand, a "toppling over forwards" and, on the other hand, a "toppling over backwards". However, these perceptions are also related to parietal dysfunctions (cf. Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). The interviewees also described a feeling of "being pulled backwards" (two mentions). It was not possible to answer the question whether this "being pulled backwards" subsequently leads to a toppling over backwards. The literature

describes a link between emotions and the function of organs (cf. Barral 2007, Upledger 1999). However, no statements in the interviews referred to this aspect. The statements of three interviewees referred to dysfunctions on a fluid level. This is a new aspect, which so far has not been mentioned in the osteopathic literature in the context of the "Global Listening". On the one hand, the interviewees try to assess the quality of the fluids, e.g. the extra-cellular fluid; on the other hand, they talk about disturbances in the fluid circulation, e.g. congestion. The explanatory models that are used in this context are based on certain theories of the field of fascial research (cf. Scheiterbauer 2010, Kwakman 2010) and biodynamic osteopathy (cf. Shaver 2010). It was interesting that all three interview partners underwent additional training in paediatric osteopathy and/or biodynamic osteopathy. This could lead to the conclusion that their additional training had an influence on the perception of the osteopaths in question. In this case they do not carry out a "Global Listening" in the classical sense, which has the aim to detect tensions in the fascial system, but an expanded listening which comprises both the physical body as well as the so-called "fluid body".

Summarizing it can be said that there is a great variety of interpretation possibilities regarding one and the same dysfunctional area, which in part are contradictory and not rarely based on the classification of perceptions according to individual reference systems. Regarding the objectivity of tests, in particular the interpretation objectivity, it would be desirable to determine certain basic perceptions/perceptual qualities and their interpretation and to convey this system already in the basic osteopathic training (cf. Conradi et al. 2003, Degenhardt et al. 2005, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et al. 2003). Further, in view of the reliability of the test certain aspects of the "Global Listening" should be more precisely defined such as the aims in the context of the examination process, the execution, in particular the position of the patient, the hand contact of the practitioner, the duration and the moment in the examination process when the test is carried out. It seems to make sense to strive for a partial standardization of the "Global Listening" and to convey this already in the basic osteopathic training. Since it takes years of experience to be able to perceive and to interpret the most subtle information of the body, it would be desirable to integrate the "Global Listening" in the training right from the start. The statements of the interviewees showed that in general there is not enough time in the courses

attributed to the “Global Listening Test“ and that very different interpretation possibilities are taught. Two interview partners referred directly to the teachers at the Vienna School of Osteopathy (Wiener Schule für Osteopathie) who should be encouraged to discuss the topic “Global Listening“ among themselves and thus to enable a coordinated approach regarding the “Global Listening“ in the courses. This request should be taken into consideration, in particular considering the importance of the “Global Listening“ in the context of an osteopathic examination.

## Literaturverzeichnis

- Barral, J-P. (2004): Manuelle Thermodiagnostik. München: Urban & Fischer Verlag
- Barral, J-P. (2005): Lehrbuch der Visceralen Osteopathie. Band 2. 2.Auflage. München: Urban & Fischer
- Barral, J-P. (2007): Emotionale Diagnose und Behandlung nach J.P. Barral. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2007/3: 25-27
- Barral, J-P. / Croibier, A. (2008): Manipulation kranialer Nerven. München: Elsevier
- Barral, J-P. / Mercier, P. (2005): Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band1. 2. Auflage. München: Urban & Fischer
- Biberschick, M. (2010): „Legt Euch ein Schema zurecht“: Die Routineuntersuchung in der Osteopathie. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Bortz, J. / Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin: Springer
- Burch, J. (2003): Visceral Manipulation: A Powerful New Frontier In Bodywork. In: Massage Therapy Journal 2003/21: 59-66 – [www.amtamassage.org/journal/summer\\_03-journal/visceral-manipulation.pdf](http://www.amtamassage.org/journal/summer_03-journal/visceral-manipulation.pdf)
- Conradi, S. / Smolenski, U.C. / Bak, P. / Biskupek, H. / Frey, M. / Galeazzi, A. / Klaas, T. / Kluge, K. / Müller, K. / Nagel, J. / Psczolla, M. / Schröder, M. / Strum, C. / Wagner, W. / Wilde, W. (2003): Reliabilität der manualmedizinischen Tests bei Low Back Pain (LBP) Patienten. In: Manuelle Medizin 2003/41: 272–278
- Croibier, A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban & Fischer
- Degenhardt, B.F. / Snider, K.T. / Snider E.J. / Johnson J.C. (2005): Interobserver reliability of ostopathic palpatory diagnostic tests of the lumbar spine: improvements from consensus training. In: Journal of the American Osteopathic Association 2005/105/10: 465-473
- Dunshirn, M. (2006): Die Mittellinie in der Osteopathie – ein Balanceakt zwischen Struktur und Spiritualität. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Fossum, Ch. (2003): Faszien, das osteoartikuläre System und das allgemeine Kompensationsmuster in der Osteopathie. In: Thema 2003/4/1: 4-12

- Fröhlich, W. D. (2010): Wörterbuch Psychologie. 27. Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag
- Gemmell, H. / Miller, P. (2005): Interexaminer reliability of multidimensional examination regimes used for detecting spinal manipulable lesions: A systematic review. In: Clinical Chiropractic 2005/8/4: 199-204
- Gibson, J.J. (1982): The sense considered as perceptual system. 2. Auflage. New York: Greenwood
- Greenman, P.E. (2000): Lehrbuch der osteopathischen Medizin. 2. Auflage. Heidelberg: Haug
- Grunwald, M. (2009): Der Tastsinn im Griff der Technikwissenschaften? Herausforderungen und Grenzen aktueller Haptikforschung. In: LIFIS-Online (Leibnitz-Institut für Interdisziplinäre Studien) 2009 – [www.leibniz-institut.de/archiv/grunwald\\_martin\\_09\\_01\\_09.pdf](http://www.leibniz-institut.de/archiv/grunwald_martin_09_01_09.pdf)
- Grunwald, M. / Beyer, L. (2001): Der bewegte Sinn. Grundlagen und Anwendungen zur haptischen Wahrnehmung. Basel: Birkhäuser
- Guttmann, G. (1982): Lehrbuch der Neuropsychologie. 3. Auflage. Bern: Hans Huber
- Hawk, C. / Phongphua, C. / Bleecker, J. / Swank, L. / Lopez, D. / Rubley, T. (1999): Preliminary study of the reliability of assessment procedures for indications for chiropractic adjustments of lumbar spine. In: Manipulative and Physiological Therapeutics 1999/22/6: 382-89
- Heller, M.A. / Ballesteros, S. (2006): Touch and Blindness. Psychology and Neuroscience. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Hinkelthein, E. / Zalpour, Ch. (2006): Diagnose und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates
- Hochschild, J. (2002): Strukturen und Funktionen begreifen. Funktionelle Anatomie – Therapierelevante Details. Band 2. Stuttgart: Thieme
- Jung, N. (2006): Die Entdeckung der Spiegelneurone – eine Revolution für die Psychologie? Vortrag im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie am 01.02.2006 in Berlin – [www.fh-egerswalde.de/Jung](http://www.fh-egerswalde.de/Jung)
- Klein-Vogelbach, S. (2000): Funktionelle Bewegungslehre. Bewegung lehren und lernen. 5. Auflage. Berlin: Springer
- Krönke, K. (2006): A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria. Pilot study 2003. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie

- Kwakman, R. (2010): Mikro- und Makroskopische Betrachtung der Fasziendfunktion.  
In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/2: 14-16
- Liem, T. (1998): Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. 2. Auflage.  
Stuttgart: Hippokrates
- Liem, T. / Dobler, T.K. (2002): Leitfaden der Osteopathie. Parietale Techniken.  
München: Urban & Fischer
- Ligner, B. (2006): Verschiedene Ansätze zur Behandlung postpartaler Beschwerden.  
In: Osteopathische Medizin 2006/1: 4–8
- Ligner, B. (2007): Global Listening. Vorlesungsmitschrift WS 2007. Wien: Wiener  
Schule für Osteopathie
- Lossing, K. (2002): Visceral Manipulation. In Ward, R.C. / Hruby, R.J. (Eds.).  
Foundations of osteopathic Medicine. Second Edition:1078-1093.  
Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins
- Mayer-Fally, E. (2007): Klinische Osteopathie. Bestandsaufnahme der Klinischen  
Arbeit in der Osteopathie. Skriptfassung für die Studenten der WSO und dem  
Master-Kurs an der Universität Krems. Wien
- Mayring, Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Basel:  
Beltz
- McConnell, D.G. / Beal, M.C. / Dinnar, U. / Goodridge, J.P. / Jonston, W.L. / Karni, Z.  
/ Upledger, J.E. / Blum, G. (1980): Low agreement of findings in  
neuromusculoskeletal examinations by a group of osteopathic physicans using  
their own procedures. In: Journal of the American Osteopathic Association  
1980/79/7: 441-450
- Mitchell, F.L. / Mitchell, K.G. (2004): Handbuch der Muskel Energie Technik. Band 1.  
Grundlagen der MET. Diagnostik und Therapie: Halswirbelsäule. Stuttgart:  
Hippokrates
- Paoletti, S. (2001): Faszien. Anatomie – Struktur – Techniken – Spezielle  
Osteopathie. München: Urban & Fischer
- Podlesnic, W. (2006): Ecoutè – eine allgemeine Diagnosemöglichkeit? Eine  
experimentelle Untersuchung der Verlässlichkeit. Masterthesis:  
Donauuniversität Krems/ Wiener Schule für Osteopathie
- Prat, D. (2007): Vorlesungsmitschrift WS 2007. Wien: Wiener Schule für  
Osteopathie

- Riedl, K.H. / Schleupen, A. (2010): Osteopathie in der Frauenheilkunde. München: Urban & Fischer
- Rittler, M. (2010): Ist das Global Listening reliabel? Studie zur Intrarater – und Interrater-Reliabilität des Global Listening. Masterthesis: Donauuniversität Krems/ Wiener Schule für Osteopathie
- Schelten, A. (1997): Grundlagen der Testbeurteilung. 2. Auflage. Stuttgart: Franz Steiner
- Scheiterbauer, F. (2010): Faszien. Vorlesungsunterlagen: Osteopathie im Sezierraum, SS 2010. Wien: Anatomisches Institut der Universität
- Schleip, R. (2004): Die Bedeutung der Faszien in der manuellen Therapie. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2004/1: 10-16
- Schmidt, R.F. (1998): Neuro- und Sinnesphysiologie. 3. Auflage. Berlin: Springer
- Schöps, P. / Pflingsten, M. / Siebert, U. (2000): Reliabilität manualmedizinischer Untersuchungstechniken an der Halswirbelsäule. Studie zur Qualitätssicherung in der manuellen Diagnostik. In: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 2000/138/1: 2-7
- Schwind, P. (2003): Faszien- und Membrantechnik. München: Urban und Fischer
- Schwind, P. (2010): Formbarkeit von Faszien und Membranen: Behandlung innerer Brücken im Kontext der Forschung. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/2: 26-30
- Shaver, T. (2010): Biodynamics of Osteopathy. Phase 1. Vorlesungsskriptum WS 2010. Bregenz: Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
- Silbernagel, S. / Despopoulos, A. (2007): Taschenatlas der Physiologie. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme
- Sommerfeld, P. (2000): Inter- und intrasubjektive Verlässlichkeit in der Palpation des *Primary respiratory Mechanism* sowie mögliche Wechselwirkungen mit den Atemfrequenzen der Untersucher und Probanden: Diskussion grundlegender Probleme und experimentelle Untersuchung. Diplomarbeit. Wien: Internationale Schule für Osteopathie
- Sommerfeld, P. (2006): Touching Reliability. Masterthesis: Donauuniversität Krems/Wiener Schule für Osteopathie
- Strasser, P. (2010): Der virtuelle Patient. In: Die Presse/Spectrum 2010/05/15: I – II
- Strebel, W. / Hebeisen, J. / Schraner, T. / Sidler, S. / Seichert, N. (2005): Inter-Rater Reliabilität der Tasterdiagnostik. Eine kontrollierte und verblindete crossover-

- Studie zur Objektivität der Tastdiagnostik. In: Verein Arbeitsgemeinschaft  
Tastdiagnostik. Künten – 2011/02/12 –  
[www.tastdiagnostik.ch/j/images/pdf/StudieReliabilit%e4t\\_TD.pdf](http://www.tastdiagnostik.ch/j/images/pdf/StudieReliabilit%e4t_TD.pdf)
- Upledger, J. (1999): SomatoEmotionale Praxis der CranioSacralen Therapie. 2.  
Auflage. Heidelberg: Haug
- Van den Wal, J. (2010): Faszien: Anatomie, Propriozeption, Mediation. Ein Gespräch  
mit Jaap van der Wal. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010/8/1: 24-27
- Van Trijffel, E. / Anderegg, Q. / Bossuyt, P. / Lucas, C. (2005): Inter-examiner  
reliability of passive assessment of intervertebral motion in cervical and lumbar  
spine: A systematic review. In: Manual Therapy 2005/10/4: 256-269
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative  
Sozialforschung 2000/1/1 – 2010/11/14 – [www.qualitativ-research.net/fqs-  
texte/1-00/1-00witzel](http://www.qualitativ-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel)
- Zeuch, A. (2008): Ärztliche Intuition. Teil 1: Intuition verstehen und als wertvolle  
Ressource nutzen. In: Zeitschrift Frauenarzt 20